

食のアセスメント票

(新規・更新・変更)

基本事項	相談年月日	平成 年 月 日	調査者 事業所 () 氏名 ()	
	対象者	住所 氏名	男・女 (M・T・S 年 月 日生 歳)	
	聞き取り相手方	本人・家族 () ・他 ()		
	申請内容・理由	(家族構成図)		
	介護認定申請	1. なし 2. 申請中 3. あり { 非該当 ・ 要支援 1・2 要介護() }		
	福祉手帳	1. なし 2. あり (身障 級 ・ 精神 級 ・ 知的 級)		
	障害老人日常生活自立度	・自立 ・J-1 ・J-2 ・A-1 ・A-2 ・B-1 ・B-2 ・C-1 ・C-2		
	認知症高齢者自立度	・自立 ・I ・IIa ・IIb ・IIIa ・IIIb ・IV ・M		
経済状況	1. 自己負担できる 2. 自己負担困難 { 生活保護世帯 ・ その他() }			
介護者・協力者の状況	主な介護者	1. なし 2. あり 関係 ()		
	支援頻度	・ 毎日 ・ () 日 / 週 ・ () 日 / 月 ・ その他 ()		
	介護者の状況 (訪問介護等、サービスは含まない)	<身体機能障害>	1. なし 2. あり (状況:)	
		<生活状況>	1. 問題なし 2. あり {・就労 ・他に要援護者あり ・その他() }	
		<介護負担>	1. 重度 2. 中等度 3. 軽度	
<人間関係>	1. 良好 2. どちらともいえない 3. 不良			
健康状態 (身体機能・疾病による障害等)	主な疾患・治療状況	疾患名() かかりつけ医()		
		1. 治療中 (通院 ・ 往診) 2. 経過観察中 3. 治療中断 4. 未受診		
	治療食・配慮食の必要性	1. なし 2. あり 治療食内容() 配慮食 { 刻み食 ・ ミキサー食 ・ アレルギー() }		
	BMI (体格指数)	1. (体重 kg) ÷ (身長 m) ² = () 2. 測定不能 やせ:18.5未満 標準:18.5~25 肥満:25~30 高肥満:30以上		
	体重の増減	1. なし 2. あり (+ - 約 kg) 3. 不明		
	四肢機能障害	<上肢> 1. なし 2. あり (麻痺 ・ 拘縮 ・ 痺れ ・ 痛み ・ 欠損 ・ その他)		
		<下肢> 1. なし 2. あり (麻痺 ・ 拘縮 ・ 痺れ ・ 痛み ・ 欠損 ・ その他)		
	摂食・嚥下障害	<咀嚼> 1. 問題なし 2. 問題あり (状況)		
		<嚥下> 1. 問題なし 2. 問題あり (状況)		
食欲	1. あり 2. なし(状況)			
食事回数	食事回数 回/日			

食に関する状況	1. 問題なし	* 問題ありの場合は本人以外誰がしているか等の理由を記入してください						
		自立意欲 1・2 () 献立 1・2 ()						
	2. 問題あり	買い物 1・2 () 調理 1・2 ()						
配、下膳 1・2 () ゴミ出し 1・2 ()								
	火気管理 1・2 () 食費管理 1・2 ()							
外食の頻度	1. しない 2. する (頻度; 回/週・ 回/月)							
週間計画サービス内容 (本人・家族・親族・私費配食等も記入する)	* 現状を記入(配食サービス利用後ではなく) * 訪問介護等サービス内容を記入							
		日	月	火	水	木	金	土
	朝							
	昼							
	夕							
特記事項 (訪問介護等 等) 対応できない理由								
希望回数・曜日	回 / 週 (昼食 日・月・火・水・木・金・土) (夕食 日・月・火・水・木・金・土)							