

記入説明

配食サービス事業利用調査票（アセスメント）

記入日	令和 年 月 日	利用者氏名
記入者	1 本人 2 家族（続柄 氏名） 3 その他（ ）	
	4 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター（ 事業者・記入者名 ）	
提出場所	1 市役所	
	2 地域包括支援センター（ ふじみ はごろも たかまつ わかば さいわい かみすな ）	
	3 福祉相談センター（ にしき かみすな にしすな ）	
	4 その他（ ）	
現在利用 ある機 関の 関わり の	1 なし 2 あり ※ありの場合は↓選択してください	
	① 地域包括支援センター（ ふじみ はごろも たかまつ わかば さいわい かみすな ）	
	② 福祉相談センター（ にしき かみすな にしすな ）	
	③ 居宅介護支援事業所（ 事業者名 ）	
	④ 保健所 ⑤ 市（ 課） ⑥ 民生委員（ ）	
	⑦ 医療機関（ ） ⑧ その他（ ）	

高齢者等配食サービス事業は食事の確保が困難で、かつ、見守り・安否確認が必要な方が対象となります。どのような理由で見守りが必要ですか？ ※必ず記入してください

具体的に記入してください。

家族状況	家族構成	1 一人暮らし 2 高齢者世帯 3 一日8時間以上一人の時間がある 4 その他（ ）
	近くに親族	1 なし 2 あり（ 区市町村名 ）
	別居家族の有無	1 交流なし 2 交流あり 3 家族なし ※交流ありの場合↓
	別居家族の支援	① 通い支援 ② 食事の差し入れ ③ 買い物支援 ④ 支援なし

身体状況等	福祉手帳の有無	1 なし 2 あり ※ありの場合は↓ 身体障害者 級・ 聴覚 級・ 愛の手帳 度
	現在の疾患名	1 なし ① ②
	通院頻度	（ 回 / 日・週・月 ） または 不定期
	医師からの指示等	（ ）
	外出	1 しない 2 する（ 回 / 週・月 ） *外出する場合↓
	外出の目的 ※複数可	① 通院 ② デイサービス ③ 買い物 ④ その他（ ）
	外出時の移動手段 ※複数可	① 自家用車 ② タクシー ③ バス ④ 徒歩 ⑤ その他（ ）
	筋力低下	1 なし 2 あり（ 部位 程度 軽・中・重 ）
	関節痛	1 なし 2 あり（ 部位 程度 軽・中・重 ）
	麻痺	1 なし 2 あり（ 部位 程度 軽・中・重 ）
両足立位保持	1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない	
歩行	1 できる 2 杖等を使用すればできる 3 車いす 4 できない	

該当する番号に○をしてください。

身体状況等	視力	1 問題なし	2 矯正しても見えにくい	3 明暗がわかるぐらい	4 全盲
	聴力	1 問題なし	2 やや聞こえにくい	3 聞こえにくい	4 まったく聞こえない
	認知症状	1 なし	2 ややあり	3 あり	4 物忘れ
	精神状態	1 問題なし 2 問題あり ※問題ありの場合は↓ ① 抑うつ ② 被害妄想 ③ 興奮 ④ その他 ()			
	意思伝達	1 できる	2 できない	該当する番号に○をしてください。	
	閉じこもり	1 なし	2 あり		
	薬の管理	1 できる	2 一部介助	3 できない	4 飲んでいない
	金銭の管理	1 できる	2 一部介助	3 できない	
	収入状況	1 年金・恩給	2 生保(担当CW)	3 その他 ()	
	自立への意欲	1 あり	2 なし		

食事に関する状況	食欲	1 ある	2 ふつう	3 あまりない	4 ない
	食事回数	朝 (食べる・食べない) 昼 (食べる・食べない) 夜 (食べる・食べない)			
	配食以外の食事 ※複数可	1 自分が調理・準備する 2 同居家族が調理・準備する 3 別居家族が調理・準備する			
		4 他人()が調理・準備する 5 調理済みの惣菜や弁当を店で買う			
		6 宅配弁当を利用する 7 外食をする(回 / 日・週・月) 8 その他			
	食材宅配	1 利用していない 2 利用している(回 / 日・週・月)			
	買い物	1 できる 2 できない 3 やらない(知識・技術・意欲 が欠ける)			
	調理	1 できる 2 できない 3 やらない(知識・技術・意欲 が欠ける)			
	片づけ	1 できる 2 できない 3 やらない(知識・技術・意欲 が欠ける)			
	火気管理	1 できる 2 できない 3 やらない(知識・技術・意欲 が欠ける)			
調理設備	1 問題なし 2 問題あり(問題ありの理由)				

特記事項	<input type="checkbox"/> チャイムを鳴らしてから出てくるまでに時間がかかる	支払いの話を本人以外にしたい場合は、その方の名前と連絡先を記入してください。そのほか、配達時の注意点等を事業者に知っておいてもらいたいことがありましたら、記入してください。
	<input type="checkbox"/> チャイムを鳴らして	
	<input type="checkbox"/> 支払いに関することは	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

※介護保険の認定が出ている、また、自費のサービスを利用している方のみ記入してください

現在利用中のサービス状況	1 利用なし 2 利用あり ※利用ありの場合は↓								
	【 サービス名 】								
	①	介護保険の認定が出ている、また、自費のサービスを利用している方のみ記入してください						週	・ 月)
	②							週	・ 月)
	【 週刊スケジュール 】 ※サービス名「 」と記入してください								
	月	火	水	木	金	土	日		
AM									
PM									

※市記入欄

【 総合判定 】	1 決定	2 却下
【 備考欄 】 ※判定の理由等		