

高齢者等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**

.....

.....

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 ・ 精神 級 ・ 愛の手帳 度
	現在の疾患名	1 なし 2 あり ※ありの場合は↓ 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	

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		
	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 ふうふう	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 他の人 () 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
	<input type="checkbox"/> チャイムを鳴らして声かけで確認
	<input type="checkbox"/> 支払いに関することは (氏名 電話番号) までお願いします
	<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 (回 / 日・週・月)						
	② (回 / 日・週・月)						
	【 週刊スケジュール 】 ※デイサービス→「デ」、ヘルパーが入るときは→「ハ」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		