

一次アセスメントシート

調査日 年 月 日 対象者氏名()

基本情報	要件確認	1 65歳以上のひとりぐらし、高齢者のみ世帯の者 2 調理及び買い物ができない 3 近くに作ってくれる親族がない(交流が ある・ない) 4 その他()	
	介護認定申請	1 なし 2 申請中 3 あり[非該当・要支援・要介護()]	
	現在利用、相談している機関	1 なし { _____ 地域包括支援センター・保健福祉課 2 あり { _____ 居宅介護支援事業所・ 民生委員・その他() }	
	現在利用しているサービスの状況	1 なし { 介護保険 2 あり { 区の福祉サービス その他	
申請代行確認(支援センター記入)		月 日	保健福祉課に要件等確認済 担当者 _____

経済状況	年金(円/月) 仕送り(回/月) その他() 備考[a 生活保護 b その他()]	2次 アセス 確認欄
------	---	------------------

健康状況	現在の疾患名、通院・往診等	疾患名() (頃から) 未受診、 通院 回/月・週 往診 回/月・週 服薬 1 なし 2 あり 懸かりつけ医() 食に関する医師等の指示(特殊食など)()	
	主な既往疾患	1 なし 2 あり(年前) 治療(有・無) 入院(有・無) 手術(有・無)	
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり()	
	視覚	1 問題なし 2 問題あり()	
	聴力	1 問題なし 2 問題あり()	
	排泄	1 問題なし 2 問題あり()	
	最近6か月の体重の増減	1 減った(2kg未満) 2 2kg以上減った(kg) 3 変化なし 4 増えた(kg)	
	低栄養状態の目安(BMI)	(体重 kg) ÷ (身長 m) ² = () → (18.5以上・18.5未満)	

食に関する状況	食生活能力	摂食(支障なし 少々困難 支障あり) 献立作成(支障なし 少々困難 支障あり) 配・下膳(支障なし 少々困難 支障あり) ゴミ出し(支障なし 少々困難 支障あり) 火気管理(支障なし 少々困難 支障あり) 食費管理(支障なし 少々困難 支障あり)
	自立意欲	1 あり 2 なし()
	食物アレルギー	()
	食事回数	回/日 (外食の頻度 回/週)
	一緒に食べる人	1 なし 2 あり(いつ、誰と)

調理・食事設備	1 十分 2 不十分()
---------	------------------

食材・食品入手先	食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売(宅配)・その他()
----------	----------------------------------

特記事項・コメント	
-----------	--

支援センター判断	1適 2継続可能 3調整後可能 4二次アセスメント 5他サービスへ 6不適/辞退
----------	---

調査者(地域包括支援センター名: _____ 氏名: _____)

※ 「2次アセス確認欄」は保健福祉課で記入

保健福祉課	判定	決定・却下・二次アセス (/)	決定内容	配達施設名	配達開始日	利用期間 (年 月 月末まで)

一次アセスメント結果・利用調整シート

調整日 年 月 日 対象者氏名()

1 申請希望内容

- ① 新規
 - 配食 ()回/週 ()食/日
 - 他食関連サービス () ()回/月・週
- ② 現在
 - 配食 ()回/週 ()食/日
 - 他食関連サービス () ()回/月・週

2 調整の理由

[理由]

3 調整変更の内容

- ① 配食 ()回/週 ()食/日
 - [理由]
 - 本人の合意 有 ・ 否 (理由:)
- ② 他サービス () ()回/月・週
 - [理由]
 - 本人の合意 有 ・ 否 (理由:)
- ③ 他サービス () ()回/月・週
 - [理由]
 - 本人の合意 有 ・ 否 (理由:)
- ④ 他サービス () ()回/月・週
 - [理由]
 - 本人の合意 有 ・ 否 (理由:)
- ⑤ その他 () ()回/月・週
 - [理由]

4 利用不適/本人辞退

[理由]

5 週間プラン(本人・家族・親族・私費配食等も記入する。) (◎…配食、その他は記入(本人、ヘルパー等))

	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							

(地域包括支援センター名: 調整者氏名:)

