様式第２（第４条関係）　　　　　給食サービスアセスメント票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本事項 | 相談年月日 | 年　　　月　　　日　　担当者氏名（　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男・女 |
| 生年月日　　Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳） |
| 住所  電話（　　　－　　　　　） |
| 聞き取り相手 | 本人 ・ 家族（　　　　　　　 　　　　） ・ 他（　　　　　　　　　　　　） |
| 申請内容・理由 |  |
| 世帯構成 | □単身　□高齢者世帯　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経済状況 | □自己負担可能　□自己負担困難　 （生活保護・その他（　 　　　　　　　）） |
| 要介護認定 | □なし　□申請中　□あり（要介護（ 　 　　）・要支援（　 　 　）・非該当） |
| 介護保険等のサービス利用 | □なし  □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康状況 | 疾患等 | 主な疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □通院（　　回／週・月）　□往診（　　回／週・月）　□未受診  服薬：□有　□無　　医師の指示（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２ |
| ＢＭＩ | 体重（　　　　kg）÷身長（　　　　ｍ）　＝（　　　　　）　□測定不能  最近６か月の体重増減　□なし　□不明　□あり（増減　　　　　　kg） |
| 身体機能 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食に関する状況 | 摂食 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 献立作成 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 買物 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 調理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 配膳下膳 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| ゴミ出し | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 火気管理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食費管理 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| 食欲 | □問題なし　□問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 偏食 | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事回数 | 回／日　　　欠食（　朝・昼・夕　） |
| 調理設備 | □十分　□不十分（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食材入手先 | 食品店・コンビニ・スーパー・移動販売・宅配・その他（　　　　　　　　　） |
| 食事支援 | □ 同居家族 □ 親族（ 通い支援 ・ 食事差し入れ ・ 買物支援　）  □ 親族以外（ 通い支援 ・ 食事差し入れ ・ 買物支援　）□ 支援なし |
| 特記事項 | |  |