**南魚沼市食の自立支援事業モニタリングシート**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 作 成 者 |  | 事 業 所 |  |
| 住　　所 | 南魚沼市 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 介 護 度 | 認定なし ・ 要支援１ ・ ２　　要介護１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 世帯状況 | 単身世帯　・　高齢者のみ世帯　・　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 |  | 続　　柄 |  |
| 住　　所 |  |
| 連絡先 |  |

モニタリング実施日　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 確認項目 |
| 身体状況・健康状況 | 主観的健康観 | 現在の健康状態□よい　□まあよい　□普通　□あまりよくない　□よくない |
| ADL | □自力　□部分介助が必要　□全介助が必要　□その他（　　　　　　　）※食事、整容動作、トイレ、入浴、歩行　等 |
| IADL | □自力　□部分介助が必要　□全介助が必要　□その他（　　　　　　　）※買い物、調理、掃除、洗濯、服薬管理、金銭管理　等 |
| 身長、体重、BMI | 身長（　　　　　cm）、体重（　　　　　kg）、BMI（　　　　　　） |
| 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があった　　　□なし　□あり |
| 主な食事療法の要否・内容・程度 | 医師・管理栄養士等による食事療法の指示□なし　□あり（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 摂食嚥下機能（咀嚼、歯・義歯等の状態を含む） | 半年前に比べて固いものが食べにくくなった　　□はい　□いいえ |
| 口の渇きが気になる　　　　　　　　　　　　　□はい　□いいえ |
| お茶や汁物等でむせることがある　　　　　　　□はい　□いいえ |
| 食に関する状況 | 食欲の程度、食事回数、量 | 食欲　□全くない　□ない　□ふつうだ　□ある　□とてもある |
| 朝食　□食べない　□食べる（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 昼食　□食べない　□食べる（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 夕食　□食べない　□食べる（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 間食　□食べない　□食べる（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 摂食　□常食　□刻み　□ペースト状　□ピューレ状　□とろみづけ |
| 配食以外の食事量　　□完食する　□８割程度は食べる　□半分は食べる□３分の1は食べる　□ほとんど食べられない |
| 配食弁当の摂取量　　□完食する　□８割程度は食べる　□半分は食べる□３分の1は食べる　□ほとんど食べられない |
| 買物・調理の状況 | 買物や食事の準備上の支障　□支障なし　□支障はないが困難　□支障あり困難又は支障がある場合の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 調理関連で可能な行為□火気管理　□電子レンジの使用　□食材や食器等の洗浄 |

（裏面あり）

|  |  |
| --- | --- |
| 社会参加の状況（外出頻度、閉じこもり傾向等） | 週に１回以上は外出している　　　　　　　　　□はい　□いいえ |
| 昨年と比べて外出の回数が減っている　　　　　□はい　□いいえ |
| 就業又は何らかの地域活動をしている　　　　　□はい　□いいえ |
| 孤食・共食、ソーシャルサポートの状況 | 一緒に食べる人（朝）□あり□なし（昼）□あり□なし（夕）□あり□なし |
| 困り事や心配事があるとき、家族を含めた周りの人からサポートを受けることができる　□はい　□いいえ |

配食サービス利用した場合の週間プラン

（自分、家族、介護サービスなど、どのように食事を用意するかについて記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| 朝食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 昼食 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夕食 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ※事務処理欄 |
| 決　裁 | 課長 | 参事 | 包括支援班 | 担当地域包括 | 結果 | 検討日(　　　・　 ・ 　)承認　・　却下 |
| 主幹 | 班 |
|  |  |  |  |  |
| 総合事業・任意事業 |