

(様式3)

南魚沼市食の自立支援事業アセスメント票

| 対象者氏名 | 作成日 | 作成者事業所 | 作成者氏名 |
|-------|-------|--------|-------|
| | 年 月 日 | | |

| | 確認項目 | 具体的確認事項 |
|----------------------------|--|--|
| 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:) |
| 食物アレルギー □なし □あり (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 | 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 | |
| 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 | |
| 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 | | | | | | | |