

高齢者食事サービスアセスメント票（新規・食数増）

申請者の身体状況等

*申請者氏名 _____

介護認定等の状況	介護度：区分 _____ 認定期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	手帳状況（該当番号を○で囲む）： 1. 身体障害手帳 _____ 級 2. 愛の手帳 3. 精神保健福祉手帳
	疾病名： _____ 病院名： _____ 通院： _____ 回／月・週 医師名： _____ *上記疾病による身体状況： _____
調理できない理由	<input type="checkbox"/> 上記疾病のため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
買物できない理由	<input type="checkbox"/> 上記疾病のため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

親族の状況等

*親族の有無 → あり（同居親族・別居親族）・なし

同居家族	氏名 _____（ _____ 歳） 続柄 _____
	・介護度：区分 _____ 認定期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	・手帳： 1. 身体障害手帳 _____ 級 2. 愛の手帳 3. 精神保健福祉手帳
	・疾病名： _____ *疾病による身体状況： _____
	・就 労：【勤務日】月・火・水・木・金・土・日 【正規勤務時間】 _____ : _____ ~ _____ :
	調理・買物できない理由 <input type="checkbox"/> 上記疾病のため <input type="checkbox"/> 日中就労のため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
同居家族	氏名 _____（ _____ 歳） 続柄 _____
	・介護度：区分 _____ 認定期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
	・手帳： 1. 身体障害手帳 _____ 級 2. 愛の手帳 3. 精神保健福祉手帳
	・疾病名： _____ *疾病による身体状況： _____
	・就 労：【勤務日】月・火・水・木・金・土・日 【正規勤務時間】 _____ : _____ ~ _____ :
	調理・買物できない理由 <input type="checkbox"/> 上記疾病のため <input type="checkbox"/> 日中就労のため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
別居家族	<input type="checkbox"/> 生活援助なし <input type="checkbox"/> 生活援助あり（生活援助日： _____ 月・火・水・木・金・土・日）

介護保険利用状況等

*介護保険利用状況・家族等支援状況を記入後、支援プランの該当時間帯に記号を記入してください。

介護保険利用状況	デイサービス（食事の提供あり）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（週 _____ 回） → 受給時間帯に▲を記入
	生活援助（調理・買物）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（週 _____ 回） → 受給時間帯に△を記入
	身体介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（週 _____ 回）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 調理・買物の支援を受ける時間帯に◎を記入
支援状況 家族等	家族からの調理・買物の支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 支援時間帯に○を記入
	ボランティアや民間業者による調理・買物の支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 支援時間帯に□を記入
支援プラン	受給時間帯	月 火 水 木 金 土 日
	午前	
	午後	

記入者：事業所名 _____

氏名 _____

調査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日