

対象者	氏名	男・女	電話番号						
	住所	江東区	丁目	番	号				
	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)			
	世帯区分	単身	高齢者世帯	日中独居	身体障害者世帯				
介護保険利用状況	介護認定状況	未申請	非該当	要支援()	要介護()	申請中(/ 申請)			
	・訪問介護 ・デイケア ・サービスの利用状況	利用の有無	あり	なし					
見守り状況	利用している見守りサービス	声かけ	電話訪問	ほほえみ訪問	無				
	同居家族の状況	氏名	【勤務日】		月・火・水・木・金・土・日				
		続柄	(歳)	【勤務時間】					
		氏名	【勤務日】		月・火・水・木・金・土・日				
		続柄	(歳)	【勤務時間】					
その他	別居家族等の食事支援 支援あり(・調理・差し入れ・買物援助)、(・親族・友人・知人・その他) 支援なし(理由:)								
健康状態	主な疾患	病名:	主治医:						
	医師の指示	受診状況:	通院・往診	回/月・週	受診していない				
		療養・保健指導	あり(カロリー制限	Kcal	なし				
		指導内容詳細	安静の必要	その他					
歩行	歩行不能(車いす利用)	歩行困難(シルバーカー・杖利用)	その他						
行動範囲	ほとんど外出しない	自宅付近	制約なし						
食に関する状況	買物困難理由								
	調理困難理由								
	摂食状況	・問題なし	・問題あり()						
	調理設備環境	・十分	・2不十分()						
聞き取り相手	本人・家族()・他()続柄:								
*以上アセスメントの結果、下記の通り食事支援が得られないため、食事サービスの利用が必要									
食事プラン		月	火	水	木	金	土	日	配食必要 家族・ヘルパー等 サービス
	昼								
	夜								

記入者:(事業所名、氏名)

受付者: (在宅介護支援センター)