

旭川市見守り配食サービス提供アセスメントシート

作成者氏名

所属

1 対象者

対象者氏名		生年月日		年齢	
対象者住所					
要介護認定等	未申請・事業対象者・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
身長	cm	体重	kg	BMI	やせ・やせ気味・普通・太り気味・太っている

2 世帯状況 独居 同居（同居者がいる場合は、必ず次の表に世帯員を記入してください。）

世帯員氏名	生年月日	年齢	身体状況等

3 対象者の状況

--

4 問題点（改善すべき点）

--

5 配食サービスを利用することで期待される効果

--

【栄養状態に関するアセスメント】

栄養摂取状況	朝食	食べる・食べない	昼食	食べる・食べない	夕食	食べる・食べない
	間食	食べる・食べない（内容：）				
	偏り	なし・あり（具体的に：）				
栄養バランスが良い食事の調理	できる・できない・代わりに行う人がいる					
調理済み食品	利用なし・一部に利用・ほとんど全てに利用					
外食	利用なし・一部に利用・ほとんど全てに利用					

【見守りに関するアセスメント】

《現病歴》 ※病名、通院中の医療機関名等を記入してください。

病名	医療機関・診療科	通院頻度
		（ 回 / 週・月・年）・不定期
		（ 回 / 週・月・年）・不定期
		（ 回 / 週・月・年）・不定期

旭川市見守り配食サービス提供アセスメントシート(裏面)

対象者氏名 _____

《日常生活でよく行くところ》

--

《他のサービスの利用状況》 なし 有り(フォーマル・インフォーマル問わず)

種類	回数	備考

《緊急連絡先》 ※上から順に優先順位が高い方を記入してください(3人まで)。

氏名	性別	続柄	住所	連絡先	交流の頻度

【見守り配食サービスの利用に関するアセスメント】

《利用数の希望》

希望配食数	利用希望曜日(該当曜日に○を記載)	留意事項
食/週	月・火・水・木・金・土	

《利用に当たっての配慮等》

治療食等の必要・ 禁止食材の有無	なし ・ あり	(疾病名：) (指示内容：) (禁止食材：)
口腔機能	咀嚼	困難なし・困難あり(具体的に：)
	嚥下	困難なし・困難あり(具体的に：)
	口への取込み	困難なし・困難あり(具体的に：)
精神機能・知的障害等 による困難	なし ・ あり	(抑うつ・閉じこもり・統合失調症・認知症・知的障害・不安傾向・依存傾向・意欲低下) 具体的に(対応時の注意事項など) ()
室内配膳の必要	なし・あり	備考
服薬の声掛けの必要	なし・あり	備考
体調確認の必要	なし・あり	備考
残食確認の必要	なし・あり	備考
その他	備考	