

別紙1

一次アセスメント票

基本事項	相談年月日	年 月 日 (回) 担当者()		
	対象者	氏名	男・女 (年 月 日生 歳)	
		住所	電話	
	緊急時の連絡先 (家族等)	氏名	男・女 対象者との続柄()	
		住所	電話	
	聞き取り相手方	本人・家族()・他()	家族構成	
	申請内容・理由			
	介護認定申請	1 なし 2 申請中 3 あり [非該当・要支援・要介護()]		
福祉手帳	1 なし 2 あり(身障 級・精神 級・知的 級)			
現在利用、相談している機関	1 なし 2 あり	地域型在宅介護支援センター・基幹型在宅介護支援センター・ 居宅介護支援事業所・保健センター・医療機関・福祉担当課・ 民生委員・その他()		
現在利用しているサービスの状況	1 なし 2 あり	サービス名、利用頻度		
経済状況		1 自己負担ができる 2 自己負担ができない		
		備考[a生活保護 bその他()]		
家族	家族構成	1 単身 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他		
	家族状況	1 日中不在() 2 在宅・交流あり 3 在宅・交流なし		
	食事支援	1 同居家族 2 親族 (a通い支援 b食事差し入れ c買物援助 3 支援なし		
健康状況	現在の疾患名、通院、往診等	疾患名()(頃から)		
		未受診、 通院 回/月・週、 往診 回/月・週		
		服薬 1 なし 2 あり	かかりつけ医()	
		医師の指示、療養・保健指導内容()		
	主な既往疾患	1 なし 2 あり(年前) 治療(有・無) 入院(有・無) 手術(有・無)		
	BMI	1 (体重 kg) ÷ (身長 cm) = () 2 測定不能		
	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり()		
	視力	1 問題なし 2 問題あり()		
	聴力	1 問題なし 2 問題あり()		
	排泄	1 問題なし 2 問題あり()		
最近6ヶ月の体重の増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた			
食に関する状況	食生活能力 1支障なし 2支障はないが 困難 3支障あり	摂食 1・2・3 () 献立 1・2・3 ()		
		買い物 1・2・3 () 調理 1・2・3 ()		
		配、下膳 1・2・3 () ゴミ出し 1・2・3 ()		
		火気管理 1・2・3 () 食費管理 1・2・3 ()		
	自立意欲	1 問題なし 2 問題あり()		
	食事回数	回/日 (外食の頻度 回/週)		
一緒に食べる人	A朝 1あり 2なし	B昼 1あり 2なし	C夕 1あり 2なし	
調理・食事設備	1 十分 2 不十分()			
食材・食品入手先	1 なし 2 あり [食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他()]			
総合判断	1承認 2継続承認 3調整後承認 4二次アセスメント 5他サービスへ 6不承認/辞退			
特記事項・コメント				

氏名 男・女 歳

1	申請希望内容	① 新規	配食 () 回/週	() 食/日				
			他食関連サービス ()	() 回/月・週				
		② 現在	配食 () 回/週	() 食/日				
			他食関連サービス ()	() 回/月・週				
2	調整の理由	()						
3	調整変更の指示							
	① 配食	() 回/週	() 食/日					
	理由	()						
	本人の合・否	(理由:)						
	② 他サービス	()	() 回/月・週					
	理由	()						
	本人の合・否	(理由:)						
	③ 他サービス	()	() 回/月・週					
	理由	()						
	本人の合・否	(理由:)						
	④ 他サービス	()	() 回/月・週					
	理由	()						
	本人の合・否	(理由:)						
	⑤ その他	()	() 回/月・週					
	理由	()						
	本人の合・否	(理由:)						
4	利用不承認/本人辞退	(理由:)						
5	決定週間プラン (本人・家族・親族・私費配食等も記入する)							
		日	月	火	水	木	金	土
	朝食							
	昼食							
	夕食							

(食プラン作成者:)

別紙1

一次アセスメント票

基本事項	相談年月日	XX年XX月XX日(1回) 担当者(福祉 次郎)	
	対象者	氏名 串本 太郎 (男)・女(XX年XX月XX日生XX歳)	
		住所 串本町串本1800 電話 0735-62-0555	
	緊急時の連絡先(家族等)	氏名 串本 花子 (男)・女(対象者との続柄(長女))	
		住所 串本町西向359 電話 0735-72-0080	
	聞き取り相手方	本人・家族(長女)・他()	家族構成
	申請内容・理由	腰椎圧迫骨折で入院し退院後ADLが低下 長女は就労で支援が困難である	独居、長女が町内に在住、二女は県外に在住
介護認定申請	1 なし 2 申請中 (3) あり [非該当・要支援(要介護(3))]		
福祉手帳	1 なし 2 あり(身障 級・精神 級・知的 級)		
現在利用、相談している機関	1 なし 2 (あり) { 地域型在宅介護支援センター・基幹型在宅介護支援センター・ 居宅介護支援事業所・保健センター・医療機関・福祉担当課・ 民生委員・その他() }		
現在利用しているサービスの状況	1 なし 2 (あり) { サービス名、利用頻度 デイサービス2回/W、身体介護4回/W }		
経済状況	1 (自己負担ができる) 2 自己負担ができない 備考[a生活保護 bその他()]		
家族	家族構成	1 (単身) 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他	
	家族状況	1 日中不在() 2 在宅・交流あり 3 在宅・交流なし	
	食事支援	1 同居家族 2 (親族) (a通い支援 b食事差し入れ c買物援助) 3 支援なし	
健康状況	現在の疾患名、通院、往診等	疾患名(糖尿病)(10年前頃から)	
		未受診、(通院) 1回/月・週、往診 回/月・週	
		服薬 1 なし 2 (あり) かかりつけ医(くしもと町立病院)	
		医師の指示、療養・保健指導内容(減塩食)	
	主な既往疾患	1 (なし) 2 あり(年前) 治療(有・無) 入院(有・無) 手術(有・無)	
	BMI	1 (体重 55 kg) ÷ (身長 160 cm) = () 2 測定不能	
	四股機能	1 問題なし 2 (問題あり) (歩行不安定)	
	視力	1 問題なし 2 問題あり()	
聴力	1 問題なし 2 問題あり()		
排泄	1 問題なし 2 (問題あり) (リハビリパンツ使用)		
最近6ヶ月の体重の増減	1 減った 2 変化なし 3 増えた		
食に関する状況	食生活能力 1支障なし 2支障はないが 困難 3支障あり	摂食 1・2・3 () 献立 1・2・3 ()	
		買い物 1・2・3 () 調理 1・2・3 ()	
		配、下膳 1・2・3 () ゴミ出し 1・2・3 (家族支援)	
		火気管理 1・2・3 () 食費管理 1・2・3 (家族が管理)	
	自立意欲	1 問題なし 2 (問題あり) (体が思うように動かず意欲低下が見られる)	
食事回数	3回/日 (外食の頻度 0回/週)		
一緒に食べる人	A朝 1あり (2なし) B昼 1あり (2なし) C夕 1あり (2なし)		
調理・食事設備	1 (十分) 2 不十分()		
食材・食品入手先	1 (なし) 2 あり [食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他()]		
総合判断	1承認 2継続承認 3調整後承認 4二次アセスメント 5他サービスへ 6不承認/辞退		
特記事項・コメント			

氏名 串本 太郎

男・女 XX 歳

1 申請希望内容

- ① 新規 { 配食 (10)回/週 (2)食/日
 他食関連サービス () ()回/月・週
- ② 現在 { 配食 ()回/週 ()食/日
 他食関連サービス () ()回/月・週

2 調整の理由

{ 腰椎圧迫骨折により、ADLが低下し家事が困難な状況である。
 糖尿病もあるため、減塩食が必要である。 }

3 調整変更の指示

- ① 配食 ()回/週 ()食/日
 { 理由 }
 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ② 他サービス () ()回/月・週
 { 理由 }
 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ③ 他サービス () ()回/月・週
 { 理由 }
 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ④ 他サービス () ()回/月・週
 { 理由 }
 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ⑤ その他 () ()回/月・週
 { 理由 }
 本人の 合 ・ 否 (理由:)

4 利用不承認/本人辞退

{ 理由 }

5 決定週間プラン (本人・家族・親族・私費配食等も記入する)

	日	月	火	水	木	金	土
朝食	牛乳・パン						
昼食	家族支援	○	デイ	○	○	デイ	○
夕食	家族支援	○	○	○	○	○	○

(食プラン作成者:

)

氏名 串本 太郎

男・女 XX 歳

1 申請希望内容

- ① 新規
 - 配食 () 回/週 () 食/日
 - 他食関連サービス () () 回/月・週
- ② 現在
 - 配食 (2) 回/週 (1) 食/日
 - 他食関連サービス () () 回/月・週

2 調整の理由 (ADLが低下しているため、現在の週2回から週3回に増やしたい)

3 調整変更の指示

- ① 配食 (3) 回/週 (1) 食/日
 - 理由 ()
 - 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ② 他サービス () () 回/月・週
 - 理由 ()
 - 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ③ 他サービス () () 回/月・週
 - 理由 ()
 - 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ④ 他サービス () () 回/月・週
 - 理由 ()
 - 本人の 合 ・ 否 (理由:)
- ⑤ その他 () () 回/月・週
 - 理由 ()
 - 本人の 合 ・ 否 (理由:)

4 利用不承認/本人辞退

(理由)

5 決定週間プラン (本人・家族・親族・私費配食等も記入する)

	日	月	火	水	木	金	土
朝食	パン・牛乳						
昼食	家族支援	デイ	○	デイ	○	○	デイ
夕食	家族支援						

(食プラン作成者:)