

別紙1

一次アセスメント票

基本事項	相談年月日	平成 年 月 日 ( 回) 担当者( )	
	対象者	氏名	男・女(M・T・S 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: )