

総社市高齢者給食サービス事業アセスメント票（ 新規・再調査 ）

※調査時の状況を記載。アセスメントは概ね6ヶ月ごとに実施

実施日	令和 年 月 日	実施者 所 属 電話番号	(☎ -)
対象者	ふりがな () 歳 氏名 生年月日 T. S 年 月 日		
	住所 総社市		
体重・身長 BMI	体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ² = BMI () 体重減少率 () か月 (%)	1日の水分摂取量 血清アルブミン値	(c c) (g/ d l)
介護認定	☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 申請したが非該当 ☐ あり (事業対象者 , 要支援 () , 要介護 ())		
既往歴	☐ なし ☐ あり (病名:)		
世帯区分	☐ ひとり暮らし ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ その他 () ※日中独居や世帯分離, また, 同一敷地内に高齢者以外が住んでいる場合は対象外		
食事摂取量	食事回数 (1・2・3・() 回) / 日 食欲 (有・無) 内容 (普通食 治療食 その他 ())		

現在の食生活について (当てはまる番号を記入してください)							
	月	火	水	木	金	土	日
朝							
昼							
夕							
①給食サービス ②デイサービス ③ヘルパー ④家族が作る ⑤家族がお弁当や惣菜を買って きてくれる ⑥自分でお弁当や惣菜を買う ⑦自分で作る ⑧外食 ⑨その他 ()							
外出	☐ 週・月 回 ☐ 外出しない 【外出内容】 デイサービス, 買い物, 散歩 その他 ()			買い物	☐ 週・月 回		

	項目	対象者	同居家族
現在の状況（当てはまるところすべてにチェックをつけてください）	・見守りが必要（当てはまる番号に○） ① 認知症の診断を受けている（ 年 月 頃） ② 認知機能の低下（日常生活に支障をきたすような症状がある・意思疎通の困難さが見られる） ③ 怪我，疾病により外出ができない	☐	☐
	・現在，入院も入所もしておらず，在宅である	☐	
	・認知機能の低下により食材・食事の調達ができない	☐	☐
	☐ 認知機能の低下により，適切な買い物ができない ☐ // ， 同じものばかり買ってしまう ☐ // ， 買い物に行けない ☐ // ， 金銭の支払いができない （その他，具体的な状況）		
	・認知機能の低下により食材の管理ができない （具体的な状況）	☐	☐
	・認知機能の低下により調理ができない （具体的な状況）	☐	☐
	・怪我，疾病により食材・食事の調達ができない （具体的な状況）	☐	☐
	・怪我，疾病により調理ができない （具体的な状況）	☐	☐

※意欲・気力の低下，調理経験がない，治療食の準備ができない，介護負担の軽減は給食サービスの対象外です。

※配食事業者がお弁当を手渡しし，見守りする事業です。（手渡しできないときは実費になります）

※原則，時間指定はできません。