

配食アセスメント票

相談日 年 月 日 担当者:

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	大正・昭和
				年 月 日
住所				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	
			☎	☎
			☎	☎
うじたわら安心のボトル	設置済み(場所: )			設置なし

※緊急時に連絡の取れる方の連絡先を記入。また、「うじたわら安心のボトル」の設置は必ずしていただきます。

申請理由			家族構成
家族状況	独居・高齢者のみの世帯・昼間独居・その他( )		
介護認定申請	なし・申請中 あり( 担当ケアマネジャー: 利用しているサービス: )		
福祉手帳	なし・申請中・あり(身障 級・精神 級・療育 A・B )		

かかりつけ医	病名	通院・治療	服薬
		通院( ) 治療( )	
		通院( ) 治療( )	

四肢機能	上肢( ) 下肢( ) 体幹( )		
視力	普通 見えにくい 見えない その他( )		
聴力	普通 聴こえにくい 聴こえない その他( )		
排泄	自立 一部介助 全介助 その他( )		

摂食	支障なし 支障あり( )		
買物	支障なし 支障あり( )		
調理	支障なし 支障あり( )		
家族支援	なし 同居家族 別居家族( 通い支援・食事差し入れ・買物支援 )		
食事形態	普通食 きざみ食 その他( )		

食事プラン(配食・家族支援・本人・デイサービス等記入)

	日	月	火	水	木	金	土
朝食							
昼食							
夕食							

配食希望日	昼食: 月 火 水 木 金 土 夕食: 木
配食形態	普通食 対応食(内容: )
アレルギー	なし あり( )
備考	

保険者記入欄

総合判断	承認 不承認(理由: )
備考	