

配食サービス専用アセスメント票

令和 年 月 日 調査

事業所：

調査者：

TEL

身体 状況	主疾患名	通院状況	症状						
配食希望日		夕食・昼食 (月 火 水 木 金 土 日) 曜日							
特別食対応		必要なし・必要あり ()							
要介護度認定状況		非該当・要支援 ()・要介護 ()							
日常生活 自立度	障がい高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
買 い 物			調 理						
現状	頻度	週・月	回	現状	頻度	週・月	回		
	どんな物を買っているか				どんな物を作っているか				
能力	動作	<input type="checkbox"/> バスを利用し買い物ができる。 <input type="checkbox"/> 徒歩(片道 分)で買い物ができる。 <input type="checkbox"/> タクシーを利用すれば買い物ができる。 <input type="checkbox"/> 付き添いがあれば買い物ができる。 <input type="checkbox"/> 付き添いがあっても買い物ができない。 <input type="checkbox"/> その他()		動作	<input type="checkbox"/> 独力で調理ができる。 <input type="checkbox"/> 休みながら調理ができる。 <input type="checkbox"/> 一部介助があれば調理ができる。 <input type="checkbox"/> 作ってあるものを暖めることだけできる。 <input type="checkbox"/> 介助があっても調理ができない。 <input type="checkbox"/> その他()				
		・独力歩行(杖歩行も含む) (可・不可) ・荷物を持つ (可・不可) ・適切な食材を選ぶ (可・不可) ・適切な支払い (可・不可)			動作	・メニューを考える (可・不可) ・食材を切る (可・不可) ・火の管理 (可・不可) ・食材を煮る、炒める (可・不可)			
		必須				必須			
		支障がある具体的な理由							
	支援 状況	支援者①	氏名	年齢	続柄				
			支援内容		(頻度:)				
		支援者②	氏名	年齢	続柄				
			支援内容		(頻度:)				
車の横付け		できる・できない (可能な場所:)							
特記									