

様式第2号（第4条、7条関係）

見守り配食事業アセスメント票

対象者		記入日	平成 年 月 日
		記入者	

該当する項目に☑及び記入してください。

基本項目	<input type="checkbox"/> 実態が高齢者・障害者のみ世帯である <input type="checkbox"/> 隣接地に3親等以内の親族がない <input type="checkbox"/> 見守りが必要な世帯である <input type="checkbox"/> 食事の確保が困難である <input type="checkbox"/> 配食時間に受取りができる <input type="checkbox"/> 緊急連絡先がある			
	身長	cm	体重	kg
	現在の疾患	疾患名		
		医療機関		
		食事に関する医師の指示		
買い物や調理の状況	買い物	問題 <input type="checkbox"/> 有→ 具体的に： <input type="checkbox"/> 無		
	調理	問題 <input type="checkbox"/> 有→ 具体的に： <input type="checkbox"/> 無		
		問題 <input type="checkbox"/> 有→ 具体的に： <input type="checkbox"/> 無		
		問題 <input type="checkbox"/> 有→ 具体的に： <input type="checkbox"/> 無		
家族や知人による支援の状況	食事支援	<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族、知人（ <input type="checkbox"/> 通い支援 <input type="checkbox"/> 食事差し入れ <input type="checkbox"/> 買い物援助） <input type="checkbox"/> 支援なし		
	頻度	<input type="checkbox"/> （ ）回/週 <input type="checkbox"/> 週1回未満		
現在利用中のサービス状況	サービスの内容、頻度等：		家族構成図	
特記事項				