様式第２（第５条関係）

# 高齢者給食サービス利用に関するアセスメント票（新規・回数変更・曜日変更）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 基本情報 | 作成年月日 | | 年　月　日 |
| | 対象者 | 氏　名 | |
| | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 聞き取り相手方 | | □利用者本人　□家族（　　）□その他（　　） |
| | 作　成　者 | | 事業所：　　担当者： |

| | |
|---|---|
| ①家族状況（要介護認定申請中は、要介護認定者には該当しません。） | 1　６５歳以上のひとり暮らしの者 |
| | 2　７０歳以上の者のみの世帯 |
| | 3　６５歳以上のひとり暮らしで、要介護認定者（要介護）又は障害者（手帳有）の者 |
| | 4　６５歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者のいずれかが要介護認定者（要介護）又は障害者（手帳有） |
| | 5　６５歳以上の者のみの世帯で、本人・同居者ともに要介護認定者（要介護）又は障害者（手帳有） |
| | **※３～５に該当する場合は下表にも記載してください。** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 本人 | 介護認定 | なし・事業対象者・要支援・要介護 | 障害者手帳 | 無・有 |
| 同居人（名：　　） | 介護認定 | なし・事業対象者・要支援・要介護 | 障害者手帳 | 無・有 |
| 同居人（名：　　） | 介護認定 | なし・事業対象者・要支援・要介護 | 障害者手帳 | 無・有 |

| | |
|---|---|
| | 6　日中、６５歳以上の独居となる世帯又は７０歳以上の者のみとなる世帯 |
| | 7　その他　（　　） |

| | | |
|---|---|---|
| ②健康状況 | 四肢機能 | 1　問題なし　2　問題あり　（理由　　） |
| | 視力・聴力 | 1　問題なし　2　問題あり　（理由　　） |
| | 精神・知的 | 1　問題なし　2　問題あり　（理由　　） |
| | 認知機能 | 1　問題なし　2　問題あり　（理由　　） |
| ③食関連状況 | 買物・食材確保 | 1　できる　2　できない（理由　　） |
| | 火の始末 | 1　できる　2　できない（理由　　） |
| | 調　理 | 1　できる　2　できない（理由　　） |

| | | |
|---|---|---|
| 安否確認を伴うサービスの利用 | ※利用があれば○で囲んでください。 | |
| | 福祉電話（毎週　　曜日）※ | 友愛訪問　　緊急通報装置 |
| 食事提供に関するサービスの利用 | ※利用日を○で囲んでください。（ここに○がある曜日は給食利用できません。） | |
| | ヘルパー（昼の食事準備） | 月・火・水・木・金・土・日・なし |
| | デイサービス（昼の食事提供あり） | 月・火・水・木・金・土・日・なし |
| | 昼食の家族支援あり | 月・火・水・木・金・土・日・なし |
| 特記事項 | | |

※福祉電話をご利用の方は、週３回以上給食サービスを利用することはできません。

**《給　食　回　数　基　準》**

| 上限回数 | ３回まで | ４回まで | ５回まで |
|---|---|---|---|
| ①家族状況 | ２又は６～７に○ | １又は４に○ | ３又は５に○ |
| ②健康状況（「２問題あり」に○が付いた数） | ○が１つ以上 | ○が１つ以上 | ○が１つ以上 |
| ③食関連状況（「２できない」に○が付いた数） | ○が１つ以上 | ○が１つ以上 | ○が２つ以上 |

| 上限回数７回まで（土・日利用）※ | 以下全てに該当する者 |
|---|---|
| ①家族状況、②健康状況、③食関連状況 | 上限回数５回に同じ |
| 親族による支援（調理やできあいの購入） | できない |
| ホームヘルパーやデイサービスによる食事支援 | 利用できない |
| 実費による配食サービス | 利用できない |

**※土・日利用について**

緊急時、担当事業所へも安否確認の要請をいたします。了承の上、申請して下さい。
申請時には「給食サービスの土曜・日曜利用を必要とする理由書」を併せてご提出ください。
年２回（６月・１２月）二次アセスメントの提出が必要となります。

| （市記入欄） | 申請受付者 | | 申請確認者 | | 判定 | 適・否　（週　　回） |
|---|---|---|---|---|---|---|