

実態把握票（食の自立支援）

記入日：令和 年 月 日

I 基本項目	対象者氏名 <sup>フリガナ</sup>		生年月日	年 月 日生	
	住 所	鯖江市	電話番号		
	聞き取りの相手方	本人 ・ 家族 ( ) ・ その他 ( )			
	申請理由	1. 心身の疾病のため（調理・買い物）ができない。 2. 加齢に伴う身体機能の低下により（調理・買い物）ができない。 3. 身体に障がいがあり（調理・買い物）ができない。 4. その他 ( )			
	福祉手帳	1. なし 2. あり（身障・精神・療育） ・ 級 ( )			
	介護認定申請	1. あり 《要支援 ( ) ・ 要介護 ( )》 2. 申請中 3. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者 4. なし			
	現在利用しているサービス状況	1. なし 2. あり（福祉サービス：友愛訪問・緊急通報・軽作業援助・紙おむつ・電磁調理器） （介護サービス・自費： )			
	家族関係 介護者の状況等	緊急連絡先 ( ) -			
II 管理 健康 状況	現病歴・既往歴等 通院・往診等 身体状況等	主な既往疾患 1. なし 2. あり ( ) 治療（有・無）、入院（有・無）、手術（有・無） 四肢機能 1. 問題なし 2. 問題あり ( ) 視力・聴力 1. 問題なし 2. 問題あり ( )			
III 食の アセス メント	食の経済状況	1. 自己負担できる 2. 自己負担できない 備考（a生活保護 bその他 ( )）			
	食事支援状況	1. 同居家族 2. 親族（a通い支援 b食事差し入れ c買物援助） 3. サービス利用（a配送 b配食 c買物支援） 4. 支援なし			
	BMI	1. $(\text{体重 } \text{kg}) \div (\text{身長 } \text{m})^2 = ( )$ 2. 測定不能			
	最近6ヶ月間の 体重の増減	1. 減った 2. 変化なし 3. 増えた			
	食生活能力	摂食	1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり
		献立	1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり
		買い物	1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり
		調理	1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり
		配膳・下膳	1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり
		ごみ出し	1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり
火気管理		1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり	
食器管理		1. 支障なし	2. 支障はないが困難さを感じる	3. 支障あり	
自立意識	1. 問題なし 2. 問題あり ( )				
食事回数	___回/日：（外食の頻度___回/週・月）：（出前の頻度___回/週・月）				
一緒に食べる人	A朝=1.あり 2.なし B昼=1.あり 2.なし C夕=1.あり 2.なし				
調理・食事設備	1. 充分 2. 不充分 ( )				
食材・食品入手先	1. なし 2. あり（食料品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売） 3. その他 ( )				
その他特記事項					

