

地域自立生活支援事業(配食サービス)利用者生活状況等調査票

基本事項	相談年月日	年 月 日(回)			担当者()		
	対象者	氏名		男・女	(M・T・S)	年 月 日生(歳)	
		住所	石井町			電話 ー	
	聞き取り相手方	本人・家族()・他()				家族構成図	
	申請内容・理由						
	介護認定	要支援()・要介護()					
見守り	現在利用・相談している機関	1 なし 2 あり	地域包括支援センター (担当) 居宅介護支援事業所 (担当) 保健センター・医療機関・民生委員・その他()				
	現在利用しているサービスの状況	1 なし 2 あり	訪問介護 週 回(月・火・水・木・金・土・日) 通所介護・リハ週 回(月・火・水・木・金・土・日) 民間の配食サービス 週 回 (月・火・水・木・金・土・日)				
	家族構成	1 独居 2 高齢者夫婦世帯 3 その他()					
支援状況	社会交流	1 家族との交流 あり なし 2 地域との交流 あり なし					
	食事支援状況	1 支援者あり 誰()頻度() a 通い支援 b 食事差し入れ c 買物援助 2 支援なし					
健康状況	現在の疾病名、通院・往診等	疾患名 (頃から)					
		未受診 通院 回/月・週 往診 回/月・週					
		服薬 1 なし 2 あり		かかりつけ医()			
		医師の指示、療護・保健指導内容()					
	BMI	1 (体重 kg)÷(身長 m ²)=() 2 測定不能					
最近6ヶ月の体重の増減		1 減った 2 変化なし 3 増えた					
食事に 関する 状況	食生活 状況	買物手段					
		調理状況					
		火気管理					
自立意欲		1 問題なし 2 問題あり()					
食事回数		回/日(外食の程度 回/日)					
調理・食事設備		1 十分 2 不十分()					
食材・食料入手先		1 なし 2 あり【食品店・コンビニ・スーパー・生協・移動販売・その他()】					
特記事項・コメント							