**高齢者配食支援事業利用調査票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基本事項 | 相談年月日 | 　　　年　　　月　　　日 担当者氏名（　　　　　　　　　　）事業所名（　 　　　　　　　　　　　　　　） |
| 聞き取り相手方 | 本人･家族(　　　　　　)･他（　　　　　） | 家族構成図 |
| 福祉手帳 | １ なし　２ あり　（身障･精神･知的）　　　級 |  |
| 現在利用・相談している機関 | １ なし | 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター |
| ２ あり　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族等・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 支援なし４ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 健　康　状　況 | 既往歴 | １ なし　　２ あり（ ） |
| 現在の疾患 | 病名 | 　　　　　　　　　（　　　　頃から） | 　　　　　　　　　（　　　　頃から） |
| 通院･往診状況 |  |  |
| 受診機関 |  |  |
| 薬の有無 | 無　・　有 | 無　・　有 |
| 医師の指示、療養保健指導内容 |  |  |
| B　M　I | １（体重　　ｋｇ）÷（身長　　　㎡）＝（　　　　）　　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 |
| 身体の状況　1.支障なし 2.支障あり※ ２は、詳細を記入 | 視力1. 2（ )聴力1. 2（ )ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ1. 2（ )口腔･嚥下･咀嚼1. 2（ ) | 栄養状態1. 2（ )睡眠状態1. 2（ )精神状態・問題行動1. 2（ )その他1. 2（ ) |
| 食及び生活に関する状況 | ADLの状況１.支障なし2.支障は無いが困難３.支障ありIADLの状況1. している2. しているが不十分３. していない | ADLの状況移動(歩行)１.２.３（　　　　 　）摂食 １.２.３（　　　　　　　 　）排泄 １.２.３（　　　　　　 　　）入浴 １.２.３（　　　　　　 　　）着替え１.２.３（　　　　　　 　　）整容 １.２.３（　　　　　　　 　）※ ２・３については、詳細を（　）内に記入 | IADLの状況掃除 １.２.３（　　　　 　　 　　）洗濯 １.２.３（　　　　 　　 　　）買い物１.２.３（　　　　 　　　　）献立 １.２.３（　　　 　　　　　）調理 １.２.３（　　　　 　　 　　）配･下膳 １.２.３（　　　　 　　　）火気管理 １.２.３（　　　　 　　）金銭管理 １.２.３(　　　　 　 　）ゴミ出し １.２.３(　　　　 　　) |
| 自立意欲 | １　問題なし　２　問題あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 食事回数 | 回／日　　　（外食の頻度　　　回／週） |
| 一緒に食べる人 | 朝　１あり　２なし | 昼　１あり　２なし | 夕　１あり　２なし |
| 調理・食事設備 | １　十分　　２　不十分（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食材・食品入手先 | 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（　　　　　） |
| 備考： |

**注意事項**

・配食支援事業利用希望者が、総合事業対象者・要支援１，２・要介護１～５の認定を受けていて、他のサービスを実施しておらず、ケアプラン等の作成を行っていない場合、この**高齢者配食支援事業利用調査票**を以てケアプランの代わりとすることができる。

・この調査票の有効期限は２年とする。実施してから２年以内に必ず更新し、市に提出して配食支援事業継続の承認を得ること。

・市は提出を受けた調査票を速やかに精査し、配食支援事業の利用を適当と判断した場合、文書若しくは口頭にて、継続する旨を利用者若しくは地域包括支援センター担当者、担当ケアマネジャー、代理申請者等に通達する。

・配食支援事業の利用を不適当と判断した場合、配食支援事業の中止を文書にて利用者に通知する。