

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		
	聞き取り相手方	担当者氏名 () 事業所名 ()		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	
		医師の指示、療養 保健指導内容		
	B M I	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		
身体の状況	視力 1.2 ()	栄養状態 1.2 ()		
1.支障なし	聴力 1.2 ()	睡眠状態 1.2 ()		
2.支障あり	コミュニケーション 1.2 ()	精神状態・問題行動 1.2 ()		
※ 2は、詳細を記入	口腔・嚥下・咀嚼 1.2 ()	その他 1.2 ()		
食及び生活に関する状況	ADL の状況	ADL の状況		IADL の状況
	1.支障なし	移動(歩行) 1.2.3 ()		掃除 1.2.3 ()
	2.支障は無いが困難	摂食 1.2.3 ()		洗濯 1.2.3 ()
	3.支障あり	排泄 1.2.3 ()		買い物 1.2.3 ()
	IADL の状況	入浴 1.2.3 ()		献立 1.2.3 ()
	1.している	着替え 1.2.3 ()		調理 1.2.3 ()
2.しているが不十分	整容 1.2.3 ()		配・下膳 1.2.3 ()	
3.していない	※ 2・3については、詳細を () 内に記入		火気管理 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へ通知する。