

配食サービス利用基準表

行政区名		対象者名		
項 目				
1. 認知度	① 正常 ② 軽度 (I) ③ 中度 (II以上)		0点 1点 2点	点
2. 視力	① 日常生活に支障なし ② 日常生活に支障あり		0点 1点	点
3. 麻痺または拘縮	① 日常生活に支障なし ② 日常生活に支障あり		0点 1点	点
4. 障がい者手帳(重度)の所持	① なし ② あり (身障1・2級 療育A 精神1級)		0点 2点	点
5. 家族状況	① 家族と同居 ② 高齢者世帯 ③ 単身		-1点 1点 2点	点
6. 買い物	① 買い物に行くことができる ② 買い物の支援をしてくれる人がいる ③ 週1回程度買い物の支援をしてくれる人がいる ④ 月1~2回程度買い物の支援をしてくれる人がいる ⑤ 買い物の支援をしてくれる人がいない		-1点 0点 1点 2点 3点	点
7. 調理	① 自分で調理できる または 調理できる人がいる ② ご飯程度は炊ける かつ 調理できる人がいない ③ 自分で調理できない かつ 調理できる人がいない		-1点 1点 2点	点
8. 火の始末	① 自分でできる ② 時々火の消し忘れがある ③ 火の始末は全くできない (させていないも含む)		0点 1点 2点	点
9. 栄養状態	① BMI 18.5未満 ② 6ヶ月以内の体重減少が3kg以上		3点 3点	点
利用基準	<input type="checkbox"/> 4点以下 対象外 <input type="checkbox"/> 5点以上 対象者		合計	点
<p>< 勘案事項(点数は満たないが配食サービスの必要な場合) ></p>				
<p>< 再アセスメント 決定事項 > <input type="checkbox"/> 継続可 <input type="checkbox"/> 継続不可 <input type="checkbox"/> 変更可 <input type="checkbox"/> 再開可 継続不可理由()</p>				
<p>上記のとおり相違ありません 上記対象者については 対象外・対象者 が適当と思われます。 (週 回希望) 年 月 日</p> <p>所属 地域包括支援センター 氏名 印</p>				
<p>< 決定理由 ></p> <p><input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> その他 () 年 月 日</p> <p>所属 氏名 印</p>				