**倉敷市高齢者等給食サービス事業　アセスメント票（継続利用者で変更なしの方用）**

様式３

利用回数に変更（増・減）があった場合は、「倉敷市高齢者等給食サービス事業利用（開始・変更）申請書（様式１）」を、長期間利用していない場合は、「倉敷市高齢者等給食サービス事業利用廃止申請書（様式２）」を提出してください。その場合は、本アセスメント票の提出は不要です。

提出先：倉敷市健康長寿課（市役所１階１０番窓口）、各支所福祉課

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| アセスメント実施年　月　日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | 面接者名所　　属電話番号 |  |
| 対象者 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）歳　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日 　　　・　　　　・ |
| 住所　　倉敷市 |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　電話番号　　　　　　　　― |
| 現病歴 | なし　・あり（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人の状況 | 本人が食材・食事の調達または調理ができない理由や本人の状態を具体的に記入してください（「調理する習慣がない」「治療食の準備ができない」等は対象外） |
| 家族構成について　　※同居、支援している家族を記入すること（１８歳未満は除く）　 |
| 氏名（続柄） | 居　　住※「同居」は2世帯住宅など同一敷地内の居住を含む。 | 調理・買い物支援が困難な理由※手帳や介護認定があれば併せて記入※介護負担の軽減目的は除く | 就業※同居家族は必須（就業日に〇） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |
| （　　　　） | 同居別居（　　　） |  | 月 火 水 木 金 土 日 不規則（　　回/週　程度休） |

**裏面へ続く**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の利用状況・面接者の所見 | □利用中　　平日　　　　回／週（　月　火　水　木　金　）　　土日　　　　回／週（　土　日　） |
| □休止中　　（　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　年　　月　　日まで休止する予定　） |
| □未利用　　（　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給食サービスの利用について　□必要あり（継続）　　 　 |
| [特記事項] |

以下記入不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記内容で継続してよろしいか。 | 回　議 | 　　　所属長　　　課長主幹　　　主幹　　　担当者 |
| 年月日　　・　　・ |