

様式第 1 号（第 3 条関係）

上ノ国町配食サービス事業対象者チェックリスト

チェック実施日： 年 月 日

氏 名			生 年 月 日	大・昭・平	年	月	日
住 所				電 話 番 号			
	3 点	2 点	1 点	0 点			
①世帯状況	☐ 独居	☐ 高齢者・障がい者のみの世帯	☐ 日中独居	☐ 家族と同居			
②調理の能力	☐ できない	☐ できないことが多い	☐ 何とかできる	☐ 自立			
③買い物の能力	☐ できない	☐ 支援があればできる	☐ 何とかできる	☐ 自立			
④食事の状況	☐ 欠食が頻繁	☐ 1日3食未満	☐ 偏食が著しい	☐ 問題なし			
⑤栄養状態	☐ 非常に悪い	☐ 悪い	☐ あまり良くない	☐ 問題なし			
⑥身体機能	☐ 寝たきり	☐ 車いす	☐ 杖・歩行器	☐ 問題なし			
⑦認知・精神状態	☐ 日常生活全般にわたり介助が必要	☐ 見守り又は一部介助が必要	☐ 忘れることはあるが、一人で生活できる	☐ 問題なし			
⑧家族等の支援状況	☐ 支援なし	☐ 支援が不足している	☐ 支援あるが不十分	☐ 十分な支援あり			
⑨摂食・嚥下機能	☐ 食事形態に支援が必要	☐ 誤嚥のリスクがある	☐ むせこみ等がある	☐ 問題なし			
⑩総合食生活能力	☐ 食生活全般に支援必要	☐ 食生活に一部支援が必要	☐ 食生活に見守りが必要	☐ 問題なし			
小 計	点 (a)	点 (b)	点 (c)	点 (d)			
合 計	点 (a+b+c+d)						
※判定基準	30点満点中10点以上：利用可 " 9点以下：利用不可						
総合判定	☐ 配食サービスが必要 ・ ☐ 利用不要						
判定年月日	年 月 日						

配食時の留意事項	
----------	--