

(表面)

実態把握票

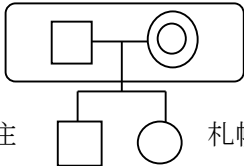
食の自立支援事業に☒を記載してください。

利用申請サービス

□友愛訪問サービス事業

☒食の自立支援事業☐ 自立支援短期宿泊事業☐ その他の事業（

)

I 基本 項目	相談年月日	令和 ○年 ×月 △日	担当者氏名 介護 太郎
	対象者	住所：滝川市大町1丁目2番15号 氏名： たきかわ はなこ 滝川 花子 性別 (男・㊤) 電話 (0125-28-8029) 生年月日 (昭和 11年 11月 11日) 緊急連絡先：090-1234-5678 (滝川和夫)	
	聞き取りの相手方 相談内容・主訴	本人・家族(続柄)・他()	
	福祉手帳	1 なし・2 あり(身障 級・精神 ・知的)	
	介護認定申請	1 なし・2 申請中・3 あり〈非該当・要支援・要介護(1)〉	
	現在利用している 相談機関の状況	1 なし 2 あり〈地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 福祉担当課・ 民生委員・健康づくり課・その他()〉	
	現在利用している サービスの状況	1 なし 2 あり(サービス名 ○×デイスサービス 利用頻度 土) (サービス名 □△ヘルパー 利用頻度 月・木) (サービス名 利用頻度)	
経済状況	家族からの経済的援助 1 なし・2 あり 対象者の収入 年金 ()・その他 () 対象者の収入月額 (約 月10万 円) 〔備考 〕		
II 家族 状況	家族構成	 市内在住 札幌市在住	
	家族関係 介護者の状況	1 単身 2 高齢者世帯 3 日中独居 4 その他 ()	
家族関係 介護者の状況		市内在住の息子はシフト制勤務のため、生活の介助を行うのは難しい。 市外在住の娘は月に1度訪問し、買い物に連れて行ってくれたりする。	

(裏面)

Ⅲ 生 活 状 況	ADLの状況	移動（歩行）	1	②	3	（ 室内は伝い歩き、屋外は杖を使用 ）
	1 支障なし	食事	①	2	3	（ ）
	2 支障はないが 困難を感じる	排泄	①	2	3	（ ）
	3 支障あり	入浴	①	2	3	（ デイと自宅での入浴を併用 ）
		着替え	①	2	3	（ ）
		整容	①	2	3	（ ）
	I ADLの状況	掃除	1	2	③	（ 週1回ヘルパー支援 ）
	1 している	洗濯	①	2	3	（ 時々娘に手伝ってもらっている ）
	2 しているが不十分	買い物	1	②	3	（ ” ” ）
	3 していない	調理	1	②	3	（ 惣菜やインスタント食品が多い ）
		金銭管理	①	2	3	（ ）
Ⅳ 健 康 管 理 状 況	病歴等	現病歴：高血圧症、膝関節症、骨粗鬆症				
		既往歴等：乳がん、胃潰瘍				
	受診病院等	病院名	受診科		主治医	
		滝川市立病院	内科		○×医師	
		〃	整形外科		△□医師	
	身体状況等	ADLは概ね自立しているが、室内は手すりや家具を伝いながら移動し、屋外は杖や歩行器を使用している。右肩の痛みが強く、肩の高さまで腕を上げることが難しい。認知機能の低下は無い様子。肩の可動域に制限があるため、ヘルパー支援等を利用しながら生活している。				
Ⅴ 社 会 的 活 動 状 況	対人関係 外出状況 生活習慣等	週1度デイサービスに出かけている以外はあまり外出せず、買い物は夫に買いに行ってもらったり、娘と一緒に出かけている。夏期は庭仕事をしていることも多い。				
Ⅵ 住 環 境	屋外の環境等					
Ⅶ 特 記 事 項	○本人及び家族の介護予防サービスの利用意向、介護予防プラン作成の必要性の有無等 ○その他担当者所感等					
	膝の痛みにより、長時間の立位保持が難しい。さらに今まで出来ていた調理も肩の痛みから動作に制限が開始している。簡単な調理も難しくなり、最近は惣菜やインスタント食品を食している。夫が調理を行うことは難しく、家族は買い物支援までしか難しい。 身体機能の低下により、調理を行えなくなった結果栄養管理が整った食事を摂ることが出来なくなり、以前より夫婦ともに虚弱な様子。また家族も遠方だったり、市内の息子も勤務の都合上定期的に見守ることが難しいため、夫婦ともに栄養改善と見守りが必要なため、サービスの利用が適当。					
対象訪問者の日程		対象者の訪問に不都合な日時等を記入				

細かい情報の記載をお願いします