第１号様式（第12条、第13条第3項、第14条第1項・2項・3項、第15条第1項・2項）

食事サービス利用調整結果票

区　　分	１ 新規　　２ 継続　（□前回と変更あり　□前回と変更なし）		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	年　　月　　日生（　歳）
利用者住所	区		
対象者区分	１ 要介護２以上　２ 要支援・要介護１で認知症　３ 要支援・要介護１で低栄養 ４ 身体障害者　５ その他（　　）		
本人の心身の状況	要支援（　）・要介護（　） 身体障害者手帳（　）級 障害名（　　）	認定有効期間または 自立支援給付支給期間	年　　月　　日～ 年　　月　　日
	要支援・要介護１で認知症がある場合 認知症高齢者日常生活自立度（　）（□認定調査と同じ　□認定調査後悪化）		
	（具体的な心身の状況）		
世帯状況 （世帯の介護力）	１ ひとり暮らし ２ 同居者が日中に就労することを常態としているため、食事確保が困難 ３ 同居者が疾病・障害のため、食事確保が困難 （著しい体力低下により日常生活に支障のある場合を含む。） ４ その他（　　）		
低栄養状態リスク	１ 体重減少率（　）％　※体重減少率＝（前体重－現体重）÷前体重 減少前体重（　年　月　日）（　　）kg　現体重（　年　月　日）（　　）kg ２ 血清アルブミン値（　）g／dl　検査日（　年　月　日） ３ その他		
食事の形態	１ 普通食 ２ 治療食：糖尿病食・腎臓食・その他 ３ 介護食：軟食・きざみ食・ミキサー食・その他		

食関連サービスの利用調整の状況（該当箇所に〇）	サービス種類	月	火	水	木	金	土	日
	食事サービス							
	訪問介護							
	通所介護							
	（　　）							
	（　　）							

特記事項	（医師の指示、本人や家族の状況等上記以外の特筆すべき事項を記入）
食事サービスの必要性	（食事確保困難な理由・安否確認が必要な理由、他のサービスとの役割分担、支援方針などを記入）
食事サービス事業者名	
アセスメント担当者等	記入年月日　　年　　月　　日 所属名称 氏　　名　　電話　（　　）
福祉保健センター処理欄（利用期間設定）	□認定有効期間、自立支援支給期間と同じ　□12か月間（身体障害者で自立支援以外） □６か月間（低栄養）　□その他（　　）

（A4）