

栄養スクリーニング表

作成日：平成 年 月 日

氏名	(ふりがな) 殿 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 () 歳	介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
----	--	---------------------------------

低栄養状態のリスクレベル

	現在の状況	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長(cm) (測定日)	(cm) 平成 年 月 日	/	/	/
体重(kg) (測定日)	(kg) 平成 年 月 日	/	/	/
BMI		<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満	
体重減少率	() ヶ月に () % (増・減)	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1か月に3~5%未満 <input type="checkbox"/> 3か月に3~7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6か月に3~10%未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3か月に7.5%以上 <input type="checkbox"/> 6か月に10%以上
血清アルブミン値 (測定日)	(g/dl) 平成 年 月 日 <small>(検査値がわかる場合に記入)</small>	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl未満
食事摂取量		良好 (76~100%)	不良(75%以下) 内容:	
栄養補給法		/	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
褥瘡		/	/	<input type="checkbox"/> 褥瘡
栄養面や食生活上の問題からの低栄養状態のおそれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の場合の理由(複数回答可) <input type="checkbox"/> 疾患(脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患) <input type="checkbox"/> 手術・退院直後の低栄養状態 <input type="checkbox"/> 身体状況(発熱・風邪など) <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題 <input type="checkbox"/> 精神的ストレス(ライフイベント等) <input type="checkbox"/> 生活機能低下(買い物・食事づくり等) <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()			
食生活と意識 (NA 1)	① 食事は一人で食べる人が多いですか	はい	いいえ	
	② 買い物や食事の支度は一人で出来ますか	はい	いいえ	
	③ 一日3回きちんと食べていますか	はい	いいえ	
	④ この頃、食べる量が少なくなったと思いますか	はい	いいえ	
	⑤ この頃、体重が減ってきたと感じますか	はい	いいえ	
	⑥ 野菜は毎日食べていますか	はい	いいえ	
	⑦ 晩酌は毎日しますか	はい	いいえ	
	⑧ 薬は3種類以上飲んでますか	はい	いいえ	
	⑨ 食べた後、飲んだりする時にむせますか	はい	いいえ	
	⑩ 入れ歯や噛み合わせに問題がありますか	はい	いいえ	
				計 点
網掛け部分のチェックを1点として合計して下さい			0~1点『良好』 2~5点『要観察』 6~10点『危険』	

担当 管理栄養士

※参考書式は HP にてダウンロードできます
<http://www.teameiyo.com/report/download.html>