

# 栄養アセスメント

(該当する項目の口に✓をつけて下さい)

氏名		年齢		性別	男・女	実施日	平成 年 月 日	記入者	
自身の健康度	健康感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食欲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
健康度	身長	cm	体重	kg	BMI	ここ ヶ月のあいだに体重が 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> ( )kg 変わらない <input type="checkbox"/> 測っていない <input type="checkbox"/> 現在治療を受けて、主治医より食事制限がありますか 疾病 ( ) 食事制限 なし・あり ( ) 薬の服用 有 <input type="checkbox"/> (薬名: ) 無 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> ここ ヶ月のあいだに 入院した <input type="checkbox"/> 入院していない <input type="checkbox"/> ※入院をしたのは... ( )			
食生活全般	食事	食事の時の摂食・嚥下状況(姿勢・食べ方・むせ等) ( ) 朝・昼・夕と3食/1日 摂れている <input type="checkbox"/> 摂れていない <input type="checkbox"/> 摂れていますか? (ほぼ毎日・ときどき ) 理由( ) 食べるものが 減った・増えた としたらどんなものですか?( ) 水分はどのくらいとりますか? 一日コップ( )杯くらい 食べ物でアレルギー症状 ある <input type="checkbox"/> (食品名: ) なし <input type="checkbox"/> (下痢や湿疹などの症状) (症状: ) サプリメント 有 <input type="checkbox"/> (理由: ) 無 <input type="checkbox"/> 栄養補助食品 定期( )・不定期( ) 食事は誰が作りますか 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( ) 食事は誰としますか ひとり <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( ) 買い物は誰と行きますか 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( )							
	全般	配食サービスや宅配弁当 利用している <input type="checkbox"/> ( 回/週・月) 利用なし <input type="checkbox"/> (買うとしたらどのようなもの) ( ) ( ) 外食(食堂等)に行く頻度 週( )回・月( )回・行かない カップ麺ほか カップ麺 <input type="checkbox"/> 冷凍食品 <input type="checkbox"/> レトルト食品 <input type="checkbox"/> インスタント食品 食べる頻度は?週( )回くらい							
	嗜好	好物は何ですか? ( ) ( ) ( ) 嫌物は何ですか? ( ) ( ) ( ) アルコールの量 ( 合)くらい ( )の頻度で( )を飲む							
	気づき	何か困っていることや 気をつけていることはありますか? ..... .....							

2 栄養改善に  
関する知識