

栄養調査票

氏名 _____ 年齢 _____ 性別 男・女 _____ 実施日 _____ 記入者 _____

体重 _____ kg 身長 _____ cm BMI _____
★BMI18.5未満

ここ _____ ケ月の間に体重が
 増えた□ (_____) kg 減った□ (_____) kg
 変わらない□ はかっている□ ★体重減少率: (減った量/通常体重) × 100
 3%以上 □

食欲はありますか? あり □ なし □
 1日3食食べていますか? はい □ ★いいえ □ (★食事摂取量が減ってきた)
 1日に水分はどれくらいとっていますか? コップ (_____) 杯くらい
 排便状況はいかがですか? 便秘 □ 下痢 □ 普通 □

現在治療を受けていて、主治医から食事(体重)について指示がありますか?
 疾病 (_____)
 指示 なし□ ●あり □ (_____)
 ここ _____ ケ月の間に 入院した □ 入院していない □
 *入院した理由 (_____)
 入院期間 (_____)

褥瘡はありますか? 浮腫はありますか?
 なし □ ★あり□ (DESIGN _____) なし □ あり □
 血清アルブミン値 3.6 g/dl以上 □ ★3.5 g/dl以下 □
 ▶食事に30分以上かかる □ ▶かたいものが食べにくくなってきた □
 ▶食事中にむせる □ ▶水分でむせる □

食事は誰が作りますか? 自分 □ 家族 □ その他 □ (_____)
 買い物は誰と行きますか? ひとり □ 家族 □ その他 □ (_____)
 配食サービス・宅配弁当は利用していますか? いいえ □
 はい □ (_____)

惣菜類は利用しますか?
 いいえ□ はい □ (カップ麺□ レトルト食品□ 冷凍食品□ その他□ _____)

食事内容	(朝食) 時間	(昼食) 時間	(夕食) 時間
	(間食) 時間		

★に☑が入った場合は、低栄養状態のリスクがあります。
 ●に☑が入り、指示事項が守れていない場合は、疾病のコントロール不良により、要介護状態が悪化する危険性があります。
 ▶に☑が入った場合は、摂食・嚥下障害の可能性がります。

} 管理栄養士にご相談ください。