

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）

ふりがな		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	0	歳
氏名	要介護度・病名・特記事項等					記入者名：			
						作成年月日：			
身体状況、栄養・食事に関する意向						家族構成とキーパーソン		本人	

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

実施日	年月日（ ）	年月日（ ）	年月日（ ）	年月日（ ）	
低栄養状態のリスクレベル	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	
本人の意欲 ²⁾ (健康感、生活機能、身体機能など)	[] ()	[] ()	[] ()	[] ()	
低栄養状態のリスク(状況)	身長 (cm)	(cm)	(cm)	(cm)	
	体重 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)	
	BMI (kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	
	3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
食生活状況等	その他				
	栄養摂取量 ・主食の摂取量 ・主菜、副菜の摂取量 ・その他(補助食品など)	% 主食 % 主菜 % 副菜 % []	% 主食 % 主菜 % 副菜 % []	% 主食 % 主菜 % 副菜 % []	% 主食 % 主菜 % 副菜 % []
	必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
	食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
	食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾	[]	[]	[]	[]
	食欲・食事の満足感 ⁴⁾ 食事に対する意欲 ⁴⁾	[] []	[] []	[] []	[] []
	その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)				
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題) ⁵⁾					
①褥瘡 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能低下 ⑪閉じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑮その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
特記事項					
問題点 ⁵⁾ ①食事摂取・栄養補給の状況(補助食品、経腸・静脈栄養など) ②身体機能・臨床症状(体重、摂食・嚥下機能、検査データなど) ③習慣・周辺環境(食・生活習慣、意欲、購買など) ④その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	