

栄養スクリーニング（通所・居宅用）（様式例）

記入者氏名 _____ 作成年月日 年 月 日

利用者名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	要介護度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日(才)			

(主治医の意見書が入手できた場合には裏面に添付)

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) (年 月 日)			
体重(kg) (測定日)	(kg) (年 月 日)			
BMI		<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input type="checkbox"/> 18.5 未満	
体重減少率(%)	() か月に () %(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 (g/dl) (測定日) (検査値がわかる 場合に記入)	(g/dl) (年 月 日)	<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		<input type="checkbox"/> 良好 (76~100%)	<input type="checkbox"/> 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"/> ライフイベントによる精神的ストレス <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（ ）			