

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

フリガナ		性別	♂ 男 ♀ 女	生年月日	年 月 日	誕生日	年齢	歳
氏名		要介護度		病名・特記事項等		記入者名		
利用者 家族の意向				食事の準備状況 (買い物、食事の支援、地域特住等)		作成年月日	年 月 日	本人 <input type="checkbox"/>

(以下は、入所（入居）者個々の状態に応じて作成。)

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	
プロセス	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	★フルダウン <sup>1</sup>	
低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm	cm	cm	
	体重 / BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	kg / kg/m <sup>2</sup>	
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/1ヶ月)
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/3ヶ月)
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6ヶ月)
	血清アルブミン値	<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)
	褥瘡	<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
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
	その他				
	栄養補給の状態	食事摂取量（割合） % 主食の摂取量（割合） 主食 % 主菜、副菜の摂取量（割合） 主菜 % 副菜 % その他（補助食品など）	食事摂取量（割合） % 主食の摂取量（割合） 主食 % 主菜、副菜の摂取量（割合） 主菜 % 副菜 % その他（補助食品など）	食事摂取量（割合） % 主食の摂取量（割合） 主食 % 主菜、副菜の摂取量（割合） 主菜 % 副菜 % その他（補助食品など）	食事摂取量（割合） % 主食の摂取量（割合） 主食 % 主菜、副菜の摂取量（割合） 主菜 % 副菜 % その他（補助食品など）
食生活状況等	摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)
	提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)
	必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)
	嚥下調整食の必要性	<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
	食事の形態（コード）	(コード：★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード：★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード：★フルダウン <sup>2</sup> )	(コード：★フルダウン <sup>2</sup> )
	とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、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
	本人の意欲	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>	★フルダウン <sup>3</sup>
	食欲・食事の満足感	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
	食事に対する意識	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>	★フルダウン <sup>4</sup>
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連状態）	口腔関係	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事に集中することができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事中に嘔吐や意識混濁がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歯（義歯）のない状態で食事をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	固形の食べ物を咀嚼しにくく中にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食後、頬の内側や口腔内に残渣がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	水分でむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事中、食後に咳をすることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他・気が付いた点					
褥瘡・生活機能関係	<input type="checkbox"/> 褥瘡（再発） <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡（再発） <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡（再発） <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡（再発） <input type="checkbox"/> 生活機能低下	
消化器官関係	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	
水分関係	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	
代謝関係	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	
心理・精神・認知症関係	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症	
医薬品	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	
特記事項					
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	
サービス継続の必要性（注）栄養改善加算算定の場合	<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	

★フルダウン<sup>1</sup>

★フルダウン<sup>2</sup>

★フルダウン<sup>3</sup>

★フルダウン<sup>4</sup>

スクリーニング/アセスメント/モニタリング

常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）

1 よい 2 まあよい 3 ふうふう 4 あまりよくない 5 よくない

1 大いにある 2 ややある 3 ふうふう 4 ややない 5 全くない