



栄養アセスメント・モニタリング (通所・居家用) (様式例)

利用者名		記入者	
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向		家族構成とキーパーソン	本人 ー

実施日	年月日記入者	年月日記入者	年月日記入者	年月日記入者
自己実現の課題・意欲				
健康感・意欲(心身の訴えを含む)				
生活機能・身体機能				

身体計測

体重(kg)				
BMI(kg/m <sup>2</sup> )				
体重減少率(%)				

臨床検査(検査値がわかる場合に記入)

検査日	年月日	年月日	年月日	年月日
血清アルブミン(g/dl)				

食事の提供のための必要事項

食欲	有	無	有	無	有	無	有	無
留意事項(嗜好、禁忌、アレルギー、等)								
食事形態								
療養食の指示								
食事摂取行為の自立・環境								
食事に対する満足感								

家庭等における食事摂取に関する事項

利用者及び家族等の知識・技術・意欲				
日常の食習慣や生活習慣				
食事・食事準備や買い物の環境				
社会資源活用状況(訪問介護、配食サービス等)				

経口摂取量・経腸栄養・静脈栄養補給量

食事 摂取状況	主食(割)				
	副食(割)				
間食・栄養補助食品に関する事項(種類、量、回数など)	無 有( )	無 有( )	無 有( )	無 有( )	
経腸栄養・静脈栄養に関する事項(ルート、種類、量、回数、速度など)	無 有( )	無 有( )	無 有( )	無 有( )	
食 事	エネルギー(kcal)				
	たんぱく質(g)				
	水分(ml)				

間食・栄養 補助食品	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
経腸・静脈 栄養	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
合 計	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				

栄養補給量の算定

エネルギー消費量 (kcal)				
必要エネルギー (kcal)				
必要たんぱく質 (g)				
必要水分量 (ml)				

多職種による栄養ケアの課題 (低栄養関連問題)

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1. 皮膚 (褥瘡等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 口腔内の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 医薬品の種類と数、食品との相互作用 具体的に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

他職種によるアセスメントの結果 (転記)				
特記事項				
総合的評価・判定 (家庭における食事摂取上の問題を含めて)				

※摂取量を把握する際には、利用者の負担にならないよう、ごはんなどの主食、主菜、飲料等の状況をおおまかに把握し、それをもとに管理栄養士がエネルギー、たんぱく質、水分補給量をおおよそ推算し記入する。

# 栄養ケア計画書 (通所・居宅) (様式例)

別紙3

氏名  殿	計画作成者:	初回作成日: 年 月 日
	所属名:	作成(変更)日: 年 月 日
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要点) <span style="float: right;">指示日 / )</span>	
利用者及び家族の意向		説明と同意日 年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク ( 低 ・ 中 ・ 高 )	サイン
長期目標 (ゴール) と期間		続柄

短期目標と期間	栄養ケア(①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など)	担当者	頻度	期間
特記事項				

## 栄養ケア提供経過記録

月日	サービス提供項目