

栄養スクリーニング（施設）（様式例）

記入者氏名

作成年月日

年

月

日

氏 名	(ふりがな)	男 ・ 女	要介護度
			特記事項：
	明・大・昭 年 月 日 (才)		

低栄養状態のリスクのレベル

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身長 (cm)	cm	cm	cm	cm
体重 (kg)	kg	kg	kg	kg
BMI (kg/m ²)	() 低・中	() 低・中	() 低・中	() 低・中
体重減少率	か月に () % (減・増) 低・中・高	か月に () % (減・増) 低・中・高	か月に () % (減・増) 低・中・高	か月に () % (減・増) 低・中・高
血清アルブミン値 * (検査日)	g/dl (/) 低・中・高	g/dl (/) 低・中・高	g/dl (/) 低・中・高	g/dl (/) 低・中・高
食事摂取量	主食 割 低・中 副食 割 (内容:)	主食 割 低・中 副食 割 (内容:)	主食 割 低・中 副食 割 (内容:)	主食 割 低・中 副食 割 (内容:)
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 中	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 中	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 中	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 中
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 高

※検査値がわかる場合に記入

<低栄養状態のリスクの判断>

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3~5%未満 3か月に3~7.5%未満 6か月に3~10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥 瘡			褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

別紙2

【1】（全員に作成）

実施日 年 月 日

氏名		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			

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
体重 (kg)				
BMI (kg/m ²)				
体重減少率 (%)				

食事の提供のための必要事項

食欲の有無	有 無	有 無	有 無	有 無
留意事項（嗜好、禁忌、アレルギー、環境等）				
食事形態				
療養食の指示				
食事摂取行為の自立	自立 介助 ()	自立 介助 ()	自立 介助 ()	自立 介助 ()
その他				

多職種による栄養ケアの課題

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

【Ⅱ】(中リスク、又は高リスクの者に作成)

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)				

栄養補給

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)				
栄養補給法の選択及び移行の可能性				
他職種によるアセスメントの結果				
総合的評価・判定				

栄養ケア計画書 (施設) (様式例)

別紙3

氏名： _____ 殿	入所(院)日： 年 月 日
	初回作成日： 年 月 日
作成者： _____	作成(変更)日： 年 月 日
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
長期目標と期間	続柄

短期目標と期間	栄養ケア(①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)	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