**栄養スクリーニング　（通所・居宅用）　（様式例）**

別紙１

　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** | **□低リスク** | **□中リスク** | **□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 |  | □18.5～29.9 | □18.5未満 | |
| 体重減少率(%) | （ ）か月に  （ ）％(増･減) | □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（g/dl）  （測定日）  （検査値がわかる場合に記入） | （g/dl）  （ 年 月 日 ） | □3.6g/dl以上 | □3.0～3.5g/dl | □3.0g/dl未満 |
| 食事摂取量 |  | □良好  (76～100％) | □不良　(75%以下)  内容： | |
| 栄養補給法 |  |  |  | □経腸栄養法  □静脈栄養法 |
| 褥　　瘡 |  |  |  | □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 | * なし　　　　　□あり   「あり」の場合の理由（複数回答可）  □疾患（脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患） □手術・退院直後の低栄養状態  □身体状況（発熱、風邪など）　　　　　　　 □口腔及び摂食･嚥下機能の問題  □ライフイベントによる精神的ストレス　 　　□生活機能低下（買い物、食事づくり等）  □閉じこもり　　　　　　　　　　　　　　　 □うつ  □認知症　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |