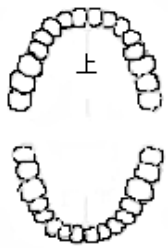


栄養アセスメント

記入者

年 月 日

氏名		性別	男・女
生年月日	M/T/S 年 月 日	年齢	歳
要介護度	1・2・3・4・5	キーパーソン	関係 / 名前
身長/体重/BMI	cm kg・BMI	体重変動	なし・ある()
既往歴			
嚥下	良好・やや良好・やや不良・困難 (詰めたことは?)		
食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 並 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他() 副食 <input type="checkbox"/> 並 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み(一口大) <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経管栄養(品名 /日) <input type="checkbox"/> 栄養補助食品()		
特別食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食 kcal 蛋白質 g 塩分 g未満)		
摂取状態	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> その他()		
摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 大スプーン <input type="checkbox"/> 小スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他		
摂取障害	<input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 脱水症状 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他		
摂取行動	<input type="checkbox"/> 落ち着いて食べる <input type="checkbox"/> 食べこぼす <input type="checkbox"/> 時間をかけて食べる <input type="checkbox"/> 空腹を常に訴える <input type="checkbox"/> 口から物が流れる <input type="checkbox"/> 他人の食事を摂取することがある <input type="checkbox"/> その他()		
摂取時間	<input type="checkbox"/> 30分以下 <input type="checkbox"/> 30~40分 <input type="checkbox"/> 40~60分 <input type="checkbox"/> 60分以上		
食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不振		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
嗜好	好き()嫌い()		
口腔状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯< 上・下 > <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯がない		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判定不能		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声がやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判定不能		
褥創	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
本人、家族が希望すること	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記事項	

※栄養ケア計画書がありましたら添付してください。

介護老人保健施設 やすらぎ

