

**短期集中予防サービス
栄養プログラム実施報告書**

ふりがな		<input type="checkbox"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	歳	
氏名	0	<input type="checkbox"/> 男	要介護認定		<input type="checkbox"/>	要支援1	<input type="checkbox"/>	要支援2	<input type="checkbox"/>	事業対象者
		<input type="checkbox"/> 女	病名等							
		かかりつけ医		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	低栄養リスク	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		

「BMI18.5未満」かつ「6ヶ月以内に2～3kg以上の体重減少」に該当

1. 担当者

初回	令和 年 月 日	2回目	令和 年 月 日	3回目	令和 年 月 日
	: ~ :		: ~ :		: ~ :
	記入者:		記入者:		記入者:

2. 身体状況

初回	身長:	cm	終了時	身長:	cm	(初回 終了時)体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少
	体重:	kg		体重:	kg	
	BMI:	kg/m ²		BMI:	kg/m ²	理由(「増加」または「減少」の際に記入)
	<input type="checkbox"/> 聞き取り <input type="checkbox"/> 計測			<input type="checkbox"/> 聞き取り <input type="checkbox"/> 計測		

BMI21.5未満は「やせ傾向」としてアセスメント

3. 現在の状況について(初回)

食欲について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ない
睡眠について	<input type="checkbox"/> とれている <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> とれていない
排便について	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 便秘
3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3ヶ月以内にで食欲不振、消化器疾患、消化器系の問題、咀嚼、嚥下困難などで食事が減少しましたか	<input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> いいえ
呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか	<input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> いいえ
食事は楽しいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4. 食事の内容について(初回)

1日に食事を何回とっていますか(間食を除く)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
乳製品(牛乳・チーズ・ヨーグルト)を毎日1品以上摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
豆類又は卵を毎週2品以上摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
肉類又は魚を毎日摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
果物又は野菜を毎日2品以上摂っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
水分(水、ノンカフェインのお茶など)を1日どのくらい摂っていますか	<input type="checkbox"/> コップ3杯未満 <input type="checkbox"/> コップ3杯以上5杯未満 <input type="checkbox"/> コップ5杯以上

特記事項	
------	--

5.実施記録

<1回目>

目標	
状況等 (本人のコメント)	
アセスメント(分析)	
指導内容	
反応等備考	
次回計画・他職種への 伝達事項等	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了

	2回目	3回目
目標に関する状況等 (本人のコメント)		
指導内容		
次回計画・他職種への 伝達事項等	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了	

6.最終評価

--

7. 食事聞き取りシート(任意様式)

朝食 : 頃

就寝時間 :

昼食 : 頃

起床時間 :

夕食 : 頃

調理担当者

- 本人
- 本人以外()

服薬状況(食事に影響があるか)

- 無
- 有()

配慮が必要なこと

- 小さくしたり刻まないと食べられない食品がある
- 飲み込みにくいとかんじることがある
- 除去食品()
- その他

間食:水分等(摂取した時間も併せて記入)

10 食品群チェック

魚介類 魚(開きや干物も含む)、イカ、タコ、貝類、ツナ缶、ちりめんじゃこ、ちくわなど	<input type="checkbox"/>
油脂類 炒め物、パンにバター、ドレッシングなど	<input type="checkbox"/>
肉類 牛、豚、鶏、ハム、ソーセージなど	<input type="checkbox"/>
牛乳 牛乳、ヨーグルト、チーズ、スキムミルクなど	<input type="checkbox"/>
野菜・きのこ ほうれん草、にんじん、かぼちゃなどの緑黄色野菜を意識する	<input type="checkbox"/>

海藻類 海藻、ひじき、もずく、海苔など	<input type="checkbox"/>
いも類 じゃがいも、さつまいもなど	<input type="checkbox"/>
卵類 卵、うずら卵、卵豆腐など(魚卵を除く)	<input type="checkbox"/>
大豆・大豆製品 納豆、豆腐、厚揚げ、枝豆など	<input type="checkbox"/>
果物類 朝食や間食に、ドライフルーツなど	<input type="checkbox"/>

毎日食べている場合は1点、それ以外を0点とし
合計10点満点で評価します
目標は1日7点以上です!



合計		点
----	--	---

以下は、2回目以降の状況確認に使用してください。(原則提出不要です)

< 2回目 >

食欲について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ない
睡眠について	<input type="checkbox"/> とれている <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> とれていない
排便について	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 便秘
3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3ヶ月以内にで食欲不振、消化器疾患、消化器系の問題、咀嚼、嚥下困難などで食事が減少しましたか	<input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> いいえ
呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか	<input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> いいえ
食事は楽しいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1日に食事を何回とっていますか(間食を除く)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
乳製品(牛乳・チーズ・ヨーグルト)を毎日1品以上摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
豆類又は卵を毎週2品以上摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
肉類又は魚を毎日摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
果物又は野菜を毎日2品以上摂っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
水分(水、ノンカフェインのお茶など)を1日どのくらい摂っていますか	<input type="checkbox"/> コップ3杯未満 <input type="checkbox"/> コップ3杯以上5杯未満 <input type="checkbox"/> コップ5杯以上
その他の情報	

< 3回目 >

食欲について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ない
睡眠について	<input type="checkbox"/> とれている <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> とれていない
排便について	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 便秘
3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3ヶ月以内にで食欲不振、消化器疾患、消化器系の問題、咀嚼、嚥下困難などで食事が減少しましたか	<input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> いいえ
呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか	<input type="checkbox"/> はい (具体的に:) <input type="checkbox"/> いいえ
食事は楽しいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1日に食事を何回とっていますか(間食を除く)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
乳製品(牛乳・チーズ・ヨーグルト)を毎日1品以上摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
豆類又は卵を毎週2品以上摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
肉類又は魚を毎日摂取していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
果物又は野菜を毎日2品以上摂っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
水分(水、ノンカフェインのお茶など)を1日どのくらい摂っていますか	<input type="checkbox"/> コップ3杯未満 <input type="checkbox"/> コップ3杯以上5杯未満 <input type="checkbox"/> コップ5杯以上
その他の情報	