**訪問型サービスＣ　栄養状態　アセスメント表（例示）**

利用者名　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

事前聞き取り項目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質問項目 | 事前　　年　　月　　日 |
| １ | 現在、病院の医師から食事のとり方について注意、制限を受けていますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２ | 過去に、病院の医師から食事のとり方について注意、制限を受けていましたか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３ | 現在処方を受けている薬はありますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４ | 現在飲んでいるサプリメント・栄養補助食品等はありますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５ | 食べ物のアレルギーがありますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６ | 嫌いな食べ物、味付けがありますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７ | 小さくしたり、刻まないと食べられない食品がありますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ８ | 飲み込みにくいと感じることがありますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ９ | 食料品の買い物は自分でしていますか、また主にどこで誰が購入をしていますか | はい　いいえ |
| どこで |  |
| 誰が |  |
| 買物の頻度 |  |
| １０ | 調理、食事の準備は誰がしていますか | 朝食 | 自分　　家族　　配食　　ヘルパー　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 昼食 | 自分　　家族　　配食　　ヘルパー　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 夕食 | 自分　　家族　　配食　　ヘルパー　その他（　　　　　　　　　　　　） |

事前・事後聞き取り項目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 質問項目 | 事前　　　月　　日 | 事後　　　月　　日 |
| １ | 食事回数 | ３食/日・2食/日・１食/日その他（　　　　　　　　） | ３食/日・2食/日・１食/日その他（　　　　　　　　） |
| 2 | 食事の時間帯は決まっていますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　） | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３ | 食欲はありますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　） | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４ | 食べることは楽しいですか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　） | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５ | 肉、魚、豆類、卵の摂取について | （　　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　） | （　　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６ | 野菜の摂取について | （　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　） | （　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７ | 牛乳やヨーグルト、チーズなどの乳製品の摂取について | （　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　） | （　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　　　　） |
| ８ | 間食の摂取について | （　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　） | （　　）回/日・週・月　食べない（よく摂る食材　　　　　　　　　　　　　　） |
| ９ | 水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を１日に何杯位（１杯：２００㏄　程度）飲みますか | 総摂取量　（１日に　　　　　杯）お茶（　　　　杯）　水（　　　　　杯）汁物（　　　　杯）その他（　　　　　　　　　　　　　　） | 総摂取量　（１日に　　　　　杯）お茶（　　　　杯）　水（　　　　　杯）汁物（　　　　杯）その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| １０ | 飲酒について | （　　）回/日・週・月　飲まない（　　　を　　　ml・合　　　　）/回 | （　　）回/日・週・月　飲まない（　　　を　　　ml・合　　　　）/回 |
| １１ | 喫煙について | 喫煙なし　喫煙あり（量　　　　　　　　本/日・週） | 喫煙なし　喫煙あり（量　　　　　　　　本/日・週） |
| １２ | 自分の健康状態をよくするために食事の改善を継続したいと思いますか | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　） | はい　（詳細　　　　　　　　　　　　　　）いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　） |
| １３ | 体重測定結果 | kg | kg |
| １４ | ＢＭＩ　（身長　　　　㎝） |  |  |