

栄養スクリーニング

作成者名

作成日 21 年 1 月 6 日

氏名	(ふりがな)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新法	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 26 年 9 月 11 日		旧法	知的障害程度 (知的障害者福祉法)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害			身体障害程度 (身体障害者福祉法)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input checked="" type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他()		特記事項		
併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()				

栄養状態のリスクのレベル

実施日	H20年4月9日	H20年7月9日	H20年10月8日	H20年12月10日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	176.0 cm	176.0 cm	176.0 cm	176.0 cm
体重 (kg)	68.2 kg	69.2 kg	69.6 kg	65.5 kg
BMI (kg/m ²)	22.0 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	22.3 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	22.5 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	21.1 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	3 ヶ月に 0.0 % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 1.4 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 0.5 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 5.8 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値* (g/dl)	4.4 g/dl <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	4 g/dl <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 80 % <input type="checkbox"/> 低 副食 60 % <input checked="" type="checkbox"/> 中 内容: ご飯・普通	主食 90 % <input type="checkbox"/> 低 副食 60 % <input checked="" type="checkbox"/> 中 内容: ご飯・普通	主食 85 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 70 % <input type="checkbox"/> 中 内容: ご飯・普通	主食 90 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 80 % <input type="checkbox"/> 中 内容: ご飯・普通
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 高

*検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判定】

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」と判定する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判定する。それ以外の場合は「中リスク」と判定する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~24.9	18.5未満または25以上	30.0以上
体重変化率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング

【I】全員に作成

実施日 H21年 1月 6日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向	仙骨部の褥瘡を改善したい。 左手の筋力をつけて、自力で食事を摂りたい。		

実施日	H20年 4月 10日	H20年 7月 9日	H20年 10月 8日	H20年 12月 10日
健康感・意欲 (心身の訴えを含む)	食欲不振の訴えがしばしばある	食欲不振の訴えがしばしばある	食欲不振の訴えが減少	食欲不振の訴えが減少
生活機能・身体機能	左右上、下肢肢麻のため生活全般で全介助での生活	左右上、下肢肢麻のため生活全般で全介助での生活	左右上、下肢肢麻のため生活全般で全介助での生活	左右上、下肢肢麻のため生活全般で全介助での生活

身体計測

実施日	H20年 4月 9日	H20年 7月 9日	H20年 10月 8日	H20年 12月 10日
体重 (kg)	68.2	69.2	69.6	65.5
BMI (kg/m ²)	22	22.3	22.5	21.1
体重変化率 (%)	0%	1.4%増	0.5%増	5.8%減
腹囲 (へそ周り) (cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)	なし	なし	なし	なし
食事形態	ご飯・普通	ご飯・普通	ご飯・普通	ご飯・普通
食事に関する医師からの指示	なし	なし	なし	なし
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (全介助)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (全介助)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (全介助)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (全介助)
その他				

多職種による栄養ケア支援の課題

実施日	H20年 4月 9日	H20年 7月 9日	H20年 10月 8日	H20年 12月 10日
1. 過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 皮膚（褥瘡等）	<input checked="" type="checkbox"/> 仙骨部褥瘡あり	<input checked="" type="checkbox"/> 仙骨部褥瘡あり	<input checked="" type="checkbox"/> 仙骨部褥瘡あり	<input checked="" type="checkbox"/> 仙骨部褥瘡あり
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、食品との相互作用	バルギ (0.5m×1)×3 メデボリン (0.4m×2)×2 シグマ(5m×2)×2	バルギ (0.5m×1)×3 メデボリン (0.4m×2)×2 シグマ(5m×2)×2	バルギ (0.5m×1)×3 メデボリン (0.4m×2)×2 シグマ(5m×2)×2	バルギ (0.5m) ×1)×3 メデボリン (0.4m) ×2)×2 シグマ(5m×2)×2
22. その他				

【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	H20年 4月 9日	H20年 7月 9日	H20年 10月 8日	H20年 12月 10日
血清アルブミン (g/dl)	4.4			4.0
総たんぱく質 (g/dl)	7.9			8.0
ヘモグロビン (mg/dl)	14.0			14.3
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)				
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)				
ヘモグロビンA1c (%)				
中性脂肪 (mg/dl)				
HDL-コレステロール (mg/dl)	42			40
血圧 (mmHg)	136/79			130/80

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	80	90	85	90
	副食 (%)	60	60	70	80
間食・栄養補給食品に関する事項 (種類、量、回数など)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アイソカルゼリー(66g)1個)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (アイソカルゼリー(66g)1個 エンブリア(120g)1個)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (アイソカルゼリー(66g)1個 エンブリア(120g)1個)	
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
食事	エネルギー (kcal)	1260	1350	1395	1530
	たんぱく質 (g)	59	52.5	54.3	59.5
	水分 (ml)	1400	1500	1550	1700
間食・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)	0	80	430	430
	たんぱく質 (g)	0	45	57.1	57.1
	水分 (ml)	0	334	484	484
経腸・ 静脈栄養	エネルギー (kcal)	0	0	0	0
	たんぱく質 (g)	0	0	0	0
	水分 (ml)	0	0	0	0
合計	エネルギー (kcal)	1260	1430	1825	1960
	たんぱく質 (g)	59	97.5	111.4	116.6
	水分 (ml)	1400	1834	2034	2184

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)	1800	1800	1800	1800
必要たんぱく質 (g)	70	70	70	70
必要水分量 (ml)	2000	2000	2000	2000
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取の継続	経口摂取の継続	経口摂取の継続	経口摂取の継続
多職種による アセスメントの結果	Ns:褥瘡処置継続 Cw:体位交換実施、食事記録実施継続	Ns:褥瘡処置継続 Cw:体位交換実施、食事記録実施継続	Ns:褥瘡処置継続 Cw:体位交換実施、食事記録実施継続	Ns:褥瘡処置継続 Cw:体位交換実施、食事記録実施継続
総合的評価・判定	ご本人の食事摂取意欲が低下傾向にあり、摂取量の増加を図るためのプラン立案が必要	補助食品のゼリーは好んで摂取でき、摂取量の増加に繋がっている	エネルギー、蛋白質付加、摂取量が安定している。補食のプラン継続	引き続き摂取量が安定し、褥瘡の表皮の状態に変化が見られる。

栄養ケア計画書

症例事例2

氏名	殿	入所日	H18 年 11 月 28 日
作成者		初回作成日	H20 年 4 月 20 日
利用者 または 家族の意向	仙骨部の褥瘡を改善したい。 左手の筋力をつけて自力で食事を摂りたい	作成（変更）日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 (二一ス)	栄養状態のリスク (<input type="checkbox"/> 低・ <input type="checkbox"/> 中・ <input checked="" type="checkbox"/> 高)		サイン
	食欲不振の訴えがあり、摂取量が低下している。現在の摂取状況を見直し褥瘡改善を図る		
長期目標と期間	食事摂取量の安定により、褥瘡の改善を図り、生活意欲を向上したい		続柄

短期目標と期間	食生活・栄養支援 (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による支援など)	担当者	頻度	期間
適正な栄養補給で1日80%以上摂取できる	食事摂取量、状況を記録する	介護員	毎食	6ヶ月
	栄養補給量充足率の確認	管理栄養士	1週間毎	6ヶ月
	体重測定を実施、増減率を把握する	看護師・介護員・管理栄養士	月1回	6ヶ月
褥瘡の改善を図る	栄養補助食品を提供、喫食状況を把握する	看護師・介護員・管理栄養士	毎食	6ヶ月
	体位交換の実施	介護員	定時	6ヶ月
	写真にて経過記録を作成する	看護師	月1回	6ヶ月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	栄養補給	栄養食事相談	多職種による 栄養ケア	食事
2008	4	25	食欲不振が見られるため、栄養補助食品のゼリーを試行する。10割摂取。	ご本人に栄養ケア計画の説明を実施。目標に向かってがんばると意思確認を行う。	看護師・介護員・管理栄養士：体重測定を実施、増減率を把握する 介護員：体位交換 看護師：写真による経過記録作成	
2008	7	30	ゼリー摂取状況を評価。毎回10割摂取。「食べやすい」本人評価により継続となる。		看護師・介護員・管理栄養士：体重測定を実施、増減率を把握する 介護員：体位交換 看護師：写真による経過記録作成	
2008	9	1	食欲不振が見られるため、栄養補助食品を追加試行する。8割摂取。		看護師・介護員・管理栄養士：体重測定を実施、増減率を把握する 介護員：体位交換 看護師：写真による経過記録作成	
2008	9	20	追加栄養補助食品摂取10割、栄養量確保にむけ、毎食追加。		看護師・介護員・管理栄養士：体重測定を実施、増減率を把握する 介護員：体位交換 看護師：写真による経過記録作成	
2008	10	8	追加栄養補助食品、栄養量確保にむけ、毎食追加。		看護師・介護員・管理栄養士：体重測定を実施、増減率を把握する 介護員：体位交換 看護師：写真による経過記録作成	摂取量9割まで増加、体重6月時点までもどる。食欲不振の訴え減少
2008	11	12	追加栄養補助食品、栄養量確保にむけ、毎食追加。		看護師・介護員・管理栄養士：体重測定を実施、増減率を把握する 介護員：体位交換 看護師：写真による経過記録作成	摂取量9割。食欲不振の訴え減少、栄養補助食品はおいしい、褥瘡改善になるなら継続すると発言あり。

栄養スクリーニング

作成者名

作成日 2008 年 6 月 1 日

氏名	(ふりがな)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新法 障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 25 年 1 月 18 日		旧法 知的障害程度 (知的障害者福祉法)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害		旧法 身体障害程度 (身体障害者福祉法)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input checked="" type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		特記事項	
併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()			

栄養状態のリスクのレベル

実施日	08 年 6 月 1 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	163.0 cm	cm	cm	cm
体重 (kg)	41.9 kg	kg	kg	kg
BMI (kg/m ²)	15.8 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	6 ヶ月に 4.8 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値* (g/dl)	4.4 g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 100 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 100 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 常食	主食 % <input type="checkbox"/> 低 副食 % <input type="checkbox"/> 中 内容:	主食 % <input type="checkbox"/> 低 副食 % <input type="checkbox"/> 中 内容:	主食 % <input type="checkbox"/> 低 副食 % <input type="checkbox"/> 中 内容:
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判定】

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」と判定する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判定する。それ以外の場合は「中リスク」と判定する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~24.9	18.5未満または25以上	30.0以上
体重変化率	変化なし	1ヶ月に3~5%未満	1ヶ月に5%以上
	(減少3%未満)	3ヶ月に3~7.5%未満	3ヶ月に7.5%以上
		6ヶ月に3~10%未満	6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング1

【I】全員に作成

実施日 2008年6月1日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向		褥瘡を治癒させたい。	

実施日	08年6月11日	08年6月20日	08年6月30日	08年7月10日
健康感・意欲 (心身の訴えを含む)				
生活機能・身体機能	下肢機能障害。車椅子自走。	下肢機能障害。車椅子自走。	下肢機能障害。車椅子自走。	下肢機能障害。車椅子自走。

身体計測

実施日	08年6月11日	08年6月20日	08年6月30日	08年7月10日
体重 (kg)	42.0	42.6	41.9	42.7
BMI (kg/m ²)	15.8	16.0	15.8	16.1
体重変化率 (%)	0.2%増	1.6%増	0.0	1.9%増
腹囲 (へそ周り) (cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)	なし	なし	なし	なし
食事形態	常食	常食	常食	常食
食事に関する 医師からの指示	蛋白質付加指示。	なし	なし	なし
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳)
その他				

多職種による栄養ケアの課題

実施日	08年 6月 11日	08年 6月 20日	08年 6月 30日	08年 7月 10日
1. 過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 皮膚（褥瘡等）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、 食品との相互作用	プルゼニド2錠(週2回)	プルゼニド2錠(週2回)	プルゼニド2錠(週2回)	プルゼニド2錠(週2回)
22. その他				

【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	08年 6月 11日	08年 6月 20日	08年 6月 30日	08年 7月 10日
血清アルブミン (g/dl)	4.4			
総たんぱく質 (g/dl)	7.7			
ヘモグロビン (mg/dl)	13.9			
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)				
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)	96.0			
ヘモグロビンA1c (%)	4.7			
中性脂肪 (mg/dl)	41			
HDL-コレステロール (mg/dl)	72			
血圧 (mmHg)	120/68			

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	100	100	100	100
	副食 (%)	100	100	100	100
間食・栄養補給食品に関する事項 (種類、量、回数など)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>メグアミン 1日1包と牛乳</small>)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>メグアミン 1日1包と牛乳</small>)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>メグアミン 1日1包と牛乳</small>)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>メグアミン 1日1包と牛乳</small>)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>メグアミン 1日1包と牛乳</small>)
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()
食事	エネルギー (kcal)	1818	1818	1818	1818
	たんぱく質 (g)	79.5	79.5	79.5	79.5
	水分 (ml)	2000	2000	2000	2000
間食・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)	46	46	46	46
	たんぱく質 (g)	10	10	10	10
	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)	1864	1864	1864	1864
	たんぱく質 (g)	89.5	89.5	89.5	89.5
	水分 (ml)	2000	2000	2000	2000

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)	2075	2075	2075	2075
必要たんぱく質 (g)	90	90	90	90
必要水分量 (ml)	2000	2000	2000	2000
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続
多職種による アセスメントの結果	褥創	褥創	褥創	褥創
総合的評価・判定	低栄養・褥創治癒 への支援。	低栄養・褥創治癒 への支援。	低栄養・褥創治癒 への支援。	低栄養・褥創治癒へ の支援。

栄養アセスメント・モニタリング2

【1】全員に作成

実施日 2008年6月1日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向		褥瘡を治癒させたい。	

実施日	08年7月22日	08年7月31日	08年8月11日	08年8月20日
健康感・意欲 (心身の訴えを含む)				
生活機能・身体機能	下肢機能障害。車椅子自走。	下肢機能障害。車椅子自走。	下肢機能障害。車椅子自走。	下肢機能障害。車椅子自走。

身体計測

実施日	08年7月22日	07年7月31日	08年8月11日	08年8月20日
体重(kg)	42.7	42.4	42.9	42.8
BMI(kg/m ²)	16.1	16.0	16.0	16.1
体重変化率(%)	1.9%増	1.2%増	2.4%増	2.4%増
腹囲(へそ周り)(cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)	なし	なし	なし	なし
食事形態	常食	常食	常食	常食
食事に関する 医師からの指示	なし	なし	なし	なし
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)
その他				

多職種による栄養ケアの課題

実施日	08年 7月 22日	08年 7月 31日	08年 8月 11日	08年 8月 20日
1. 過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 皮膚（褥瘡等）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、 食品との相互作用	ブルゼニド2錠(週2回)	ブルゼニド2錠(週2回)	ブルゼニド2錠(週2回)	ブルゼニド2錠(週2回)
22. その他				

【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	8年7月22日	8年7月31日	8年8月11日	8年8月20日
血清アルブミン (g/dl)				
総たんぱく質 (g/dl)				
ヘモグロビン (mg/dl)				
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)				
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)				
ヘモグロビンA1c (%)				
中性脂肪 (mg/dl)				
HDL-コレステロール (mg/dl)				
血圧 (mmHg)				

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	100	100	100	100
	副食 (%)	100	100	100	100
間食・栄養補給食品に関する事項 (種類、量、回数など)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>エネルギー 1日1包と牛乳</small>)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>エネルギー 1日1包と牛乳</small>)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>エネルギー 1日1包と牛乳</small>)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>エネルギー 1日1包と牛乳</small>)
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食事	エネルギー (kcal)	1818	1818	1818	1818
	たんぱく質 (g)	79.5	79.5	79.5	79.5
	水分 (ml)	2000	2000	2000	2000
間食・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)	46	46	46	46
	たんぱく質 (g)	10	10	10	10
	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)	1864	1864	1864	1864
	たんぱく質 (g)	89.5	89.5	89.5	89.5
	水分 (ml)	2000	2000	2000	2000

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)	2075	2075	2075	2075
必要たんぱく質 (g)	90	90	90	90
必要水分量 (ml)	2000	2000	2000	2000
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続
多職種による アセスメントの結果	褥創	褥創	褥創	褥創
総合的評価・判定	褥創治癒への支援。	看護師褥創処置終了。	創部の皮膚が出来てきた。	創部の皮膚が出来てきた。

栄養アセスメント・モニタリング3

【I】全員に作成

実施日 2008年6月1日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向		褥瘡を治癒させたい。	

実施日	08年8月30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	下肢機能障害。車椅子自走。			

身体計測

実施日	08年8月30日	年月日	年月日	年月日
体重(kg)	42.9			
BMI(kg/m ²)	16.1			
体重変化率(%)	2.4%増			
腹囲(へそ周り)(cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)	なし	なし	なし	なし
食事形態	常食	常食	常食	常食
食事に関する 医師からの指示	なし	なし	なし	なし
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)
その他				

多職種による栄養ケアの課題

実施日	08年 8月 30日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1. 過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、 食品との相互作用	プルゼニド2錠(週2回)			
22. その他				

【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	08年8月30日	年月日	年月日	年月日
血清アルブミン (g/dl)				
総たんぱく質 (g/dl)				
ヘモグロビン (mg/dl)				
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)				
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)				
ヘモグロビンA1c (%)				
中性脂肪 (mg/dl)				
HDL-コレステロール (mg/dl)				
血圧 (mmHg)				

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	100			
	副食 (%)	100			
間食・栄養補給食品に関する事項 (種類、量、回数など)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<small>メグナシ 1日1食と牛乳</small>)	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 有 ()
食事	エネルギー (kcal)	1818			
	たんぱく質 (g)	79.5			
	水分 (ml)	2000			
間食 ・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)	46			
	たんぱく質 (g)	10			
	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)	1864			
	たんぱく質 (g)	89.5			
	水分 (ml)	2000			

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)	2075			
必要たんぱく質 (g)	90			
必要水分量 (ml)	2000			
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取継続			
多職種による アセスメントの結果	褥創			
総合的評価・判定	褥創治癒。			

栄養ケア計画書

氏名	殿	入所日	年 月 日
作成者		初回作成日	2008年 6月 11日
利用者 または 家族の意向	褥瘡の治療や予防をしてほしい。	作成(変更)日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養状態のリスク (<input type="checkbox"/> 低・ <input type="checkbox"/> 中・ <input checked="" type="checkbox"/> 高) 褥創の治療や予防をしたい。		サイン
長期目標と期間	褥創を治癒させる。(6ヶ月)		続柄

短期目標と期間	食生活・栄養支援 (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による支援など)	担当者	頻度	期間
褥創部位を保護する。	体位交換を2時間おきを実施。夜間は足にスポンジを巻いて保護する。	介護員 医務	随時	(3ヶ月)
蛋白質を付加する。	毎食夕食時に牛乳1本とメイプロテイン1包を付加。	管理栄養士	毎夕食	(2ヶ月)
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	栄養補給	栄養食事相談	多職種による 栄養ケア	食事
2008	6	11	医師の指示により、蛋白質付加の指示。毎夕食牛乳とメイプロテイン1包を付加。		介護員、医務： 夜間は足にスポンジを巻いて保護。	
2008	7	29	蛋白質付加(毎夕食牛乳とメイプロテイン1包)を継続		看護師：褥創処置終了。	
2008	8	30		ご家族より褥創治癒したが、蛋白質の付加を継続して欲しいとの希望あり。		

栄養スクリーニング

作成者名

作成日

年

月

日

氏名	(ふりがな)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新法 障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 31年3月 日		旧法 知的障害程度	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害		旧法 身体障害程度	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input checked="" type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他()		特記事項	
併存症	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()			

栄養状態のリスクのレベル

実施日	H20年4月5日	H20年7月5日	H20年10月5日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	154.0 cm	154.0 cm	154.0 cm	cm
体重 (kg)	47.5 kg	47.5 kg	47.5 kg	kg
BMI (kg/m ²)	20.0 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	20.0 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	20.0 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値* (g/dl)	3.5 g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3.3 g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3.5 g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 100% <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 100% <input type="checkbox"/> 中 内容: ミキサー食	主食 100% <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 100% <input type="checkbox"/> 中 内容: ミキサー食	主食 100% <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 100% <input type="checkbox"/> 中 内容: ミキサー食	主食 % <input type="checkbox"/> 低 副食 % <input type="checkbox"/> 中 内容:
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判定】

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」と判定する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判定する。それ以外の場合は「中リスク」と判定する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~24.9	18.5未満または25以上	30.0以上
体重変化率	変化なし	1ヶ月に3~5%未満	1ヶ月に5%以上
	(減少3%未満)	3ヶ月に3~7.5%未満	3ヶ月に7.5%以上
		6ヶ月に3~10%未満	6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング

【I】全員に作成

実施日 H20年 4月 5日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向	糖尿病であり、糖尿病性腎炎にて透析を週3回行っている。イレウスを発症しやすい為ミキサー食で対応している。カロリー・塩分・水分制限がある。糖尿病は安定しており、日常生活は送れている。が、本人は「食」に関して異常に執着しており、盗食・隠れ食いの行動も見られる。本人は自由に食べたいことを主張している。		

実施日	H20年 4月 5日	H20年 7月 5日	H20年10月 5日	年 月 日
健康感・意欲 (心身の訴えを含む)	食欲がありもっと沢山食べたい。	食欲がありもっと沢山食べたい。	食欲がありもっと沢山食べたい。	
生活機能・身体機能	脳性マヒによる四肢機能障害・糖尿病性増殖性網膜症・車イス自走・食事自立	脳性マヒによる四肢機能障害・糖尿病性増殖性網膜症・車イス自走・食事自立	脳性マヒによる四肢機能障害・糖尿病性増殖性網膜症・車イス自走・食事自立	

身体計測

実施日	H20年 4月 5日	H20年 7月 5日	H20年10月 5日	年 月 日
体重 (kg)	47.5	47.5	47.5	
BMI (kg/m ²)	20	20	20	
体重変化率 (%)				
腹囲 (へそ周り) (cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)				
食事形態	ミキサー食	ミキサー食	ミキサー食	
食事に関する 医師からの指示	1600kcal: 蛋白60g	5月12日:塩分6g未満になる		
食事摂取行為の自立	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()
その他	盗食・隠れ食い	盗食・隠れ食い	盗食・隠れ食い	