

## 栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)

計算方法

記入者氏名

作成年月日

年 月 日

氏名	(フリガナ)	□男 □女	障害支援区分 併存症	
	様			□糖尿病 □腎疾患 □脂質異常症 □高血圧 □その他 ( )
生年月日	年 月 日			
主障害	□知的障害 □身体障害 □精神障害 □難病			
主障害の原因疾患	□ダ・ン症候群 □脳性まひ □てんかん □頸椎損傷 □脳血管疾患 □その他 ( )	特記事項		
身体状況、栄養・食事に関する意向		家族構成と キーパーソン (支援者)		

身体活動レベル  
低・普・高

ストレス係数  
活動係数  
たんぱく質係数

(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
記入者名	( )	( )	( )	( )
フロア 1)	( )	( )	( )	( )
栄養状態のリスク	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長	cm	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg	kg
BMI	kg/m <sup>2</sup>	kg/m <sup>2</sup>	kg/m <sup>2</sup>	kg/m <sup>2</sup>
体重変化率(%)	か月に % □増 □減 □低 □中 □高			
血清アルブミン値(g/dl) 2)	□無 □有 g/dl □低 □中 □高			
褥瘡	□無 □有 □高	□無 □有 □高	□無 □有 □高	□無 □有 □高
栄養補給法	□経腸栄養法 □静脈栄養法 □低 □中 □高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 □低 □中 □高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 □低 □中 □高	□経腸栄養法 □静脈栄養法 □低 □中 □高
その他				
栄養補給の状態	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良
主食の摂取量(割合)	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良
主菜の摂取量(割合)	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良
副菜の摂取量(割合)	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良
その他(補助食品など)	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良	% □良 □不良
必要栄養量 : エネルギー・タンパク質	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
嚥下調整食の必要性 嚥下調整食コード分類 3) (4, 3, 2-2, 2-1, 1j, 0t, 0j)	□無 □有 コード [ ] とろみ : □薄い □中間 □濃い			
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態、嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)				

多職種による栄養ケアの課題	4) 低栄養・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
特記事項					
課題	① 身体計測等	<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 ( )
	② 食生活状況等	<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 ( )
	③ 食行動	<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 ( )
	④ 身体症状	<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 ( )
	⑤ その他	<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 ( )
	総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない
計画変更	<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	

1) 必要に応じてプロセス(スクリーニング／アセスメント／モニタリング)を記入。

2) 検査値が分かる場合に記入。

3) 嚥下調整食が必要な場合は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類を記入。

4) 課題があれば「有」にチェックし、具体的な内容にもチェック。

※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。