

栄養スクリーニング(施設)

記入者氏名 _____ 作成年月日 ____年 ____月 ____日

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日(才)	要介護度	
			特記事項:			

低栄養状態のリスクのレベル

実施日年	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身長(cm)	cm	cm	cm	cm
体重(kg)	kg	kg	kg	kg
BMI(kg/m ²)	() リスク 低・中・高	() リスク 低・中・高	() リスク 低・中・高	() リスク 低・中・高
体重減少率	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高	か月に % (減・増) リスク 低・中・高
血清アルブミン値 ※(検査日)	g/dl (/) リスク 低・中・高	g/dl (/) リスク 低・中・高	g/dl (/) リスク 低・中・高	g/dl (/) リスク 低・中・高
食事摂取量	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高	全体 % 主食 % 副食 % (内容:) リスク 低・中・高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 リスク 中・高
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リスク 高

<低栄養状態のリスクの判断>

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

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所(入院)者個々の状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。