

栄養スクリーニング（様式例）

別紙 1

記入者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

(主治医の意見書が入手できた場合には裏面に添付)

低栄養状態のリスクのレベル

	現在の状況	□低リスク	□中リスク	□高リスク
身長 (cm) (測定日)	(cm) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	/	/	/
体重 (kg) (測定日)	(kg) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	/	/	/
BMI		□18.5~29.9	□18.5未満	
体重減少率(%)	(_____)か月に (_____)% (減・増)	□変化なし (減少3%未満)	□1か月に3~5%未満 □3か月に3~7.5%未満 □6か月に3~10%未満	□1か月に5%以上 □3か月に7.5%以上 □6か月に10%以上
血清アルブミン 値 (g/dl) (測定日) (検査値がわかる 場合に記入)	(g/dl) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)	□3.6g/dl以上	□3.0~3.5g/dl	□3.0g/dl未満
食事摂取量		□良好(76~100%)	□不良 (75%以下) (内容： _____)	
栄養補給法		/	/	□経腸栄養法 □静脈栄養法
褥瘡		/	/	□褥瘡

<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。