

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		☐ 男 ☐ 女	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭	年	月	日生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等		記入者名：			
				作成年月日： 年 月 日			
				事業所内の管理栄養士・栄養士 ☐ 無 ☐ 有			

実 施 日	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)	年 月 日(記入者名)
身長(cm)※ ¹	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/ m ²)※ ¹ 18.5 未満	☐ 無 ☐ 有(kg/ m ²)	☐ 無 ☐ 有(kg/ m ²)	☐ 無 ☐ 有(kg/ m ²)	☐ 無 ☐ 有(kg/ m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)	☐ 無 ☐ 有(kg/ ヶ月)
直近6か月間における 2～3kg 以上の体重減少	☐ 無 ☐ 有(kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有(kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有(kg/6か月)	☐ 無 ☐ 有(kg/6か月)
血清アルブミン値(g/dl)※ ² 3. 5g/dl 未満	☐ 無 ☐ 有((g/dl))	☐ 無 ☐ 有((g/dl))	☐ 無 ☐ 有((g/dl))	☐ 無 ☐ 有((g/dl))
食事摂取量75%以下※ ³	☐ 無 ☐ 有 (%)	☐ 無 ☐ 有 (%)	☐ 無 ☐ 有 (%)	☐ 無 ☐ 有 (%)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

※¹ 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。※² 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。※³ 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

(参考)低栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5 未満	
体重減少率	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	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥 瘡			褥瘡

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		□男 □女	□明□大□昭	年	月	日生まれ	歳
氏名		要介護度・病名・ 特記事項等		記入者名：			
				作成年月日： 年 月 日			
身体状況、栄養・食事に関する意向				食事の準備状況	買い物： 食事の支度： 地域特性：	家族構成と キーパーソン （支援者）	本人 —

(以下は、利用者個々の状態に応じて作成。)

実 施 日		年 月 日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年 月 日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年 月 日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	年 月 日(記入者名) (プロセスを記入) ¹⁾	
低栄養状態のリスクレベル		低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	
本人の意欲 ²⁾ (健康感、生活機能、身体機能など)		[] ()	[] ()	[] ()	[] ()	
低栄養状態のリスク(状況)	身長(cm)	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)	
	体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	
	BMI(kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)	
	3%以上の体重減少	□無 □有(kg/ か月)	□無 □有(kg/ か月)	□無 □有(kg/ か月)	□無 □有(kg/ か月)	
	血清アルブミン値(g/dl)	□無 □有((g/dl))	□無 □有((g/dl))	□無 □有((g/dl))	□無 □有((g/dl))	
	褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
	栄養補給法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	
	その他					
食生活状況等	栄養補給の状況	食事摂取量 ・主食の摂取量 ・主菜、副菜の摂取量 ・その他(補助食品など)	% 主食 % 主菜 % 副菜 % ()	% 主食 % 主菜 % 副菜 % ()	% 主食 % 主菜 % 副菜 % ()	% 主食 % 主菜 % 副菜 % ()
	必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g	
	食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾	[]	[]	[]	[]	
	嚥下調整食の必要性の有無 ⁴⁾	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □濃い	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □濃い	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □濃い	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □濃い	
	その他の食事上の留意事項の有無 (療養食の指示、嗜好、禁忌、アレルギーなど)	□無 □有 ()	□無 □有 ()	□無 □有 ()	□無 □有 ()	
	食欲・食事の満足感 ⁵⁾	[]	[]	[]	[]	
	食事に対する意識 ⁵⁾	[]	[]	[]	[]	
	他のサービスの使用の有無など(訪問介護、配食など)	□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(低栄養関連問題) ⁶⁾						
①褥瘡 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能低下 ⑪閉じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑮その他		□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []	
特記事項						

栄養ケア計画書 （通所・居宅）（様式例）

別紙3

氏名		殿	計画作成者:	初回作成日： 年 月 日
			所 属 名：	作成（変更）日： 年 月 日
医師の指示	☐ なし ☐ あり （要点			指示日 / ）
利用者及び家族の意向				説明と同意日 年 月 日
解決すべき課題（ニーズ）	低栄養状態のリスク（ 低 ・ 中 ・ 高 ）			サイン
長期目標（ゴール）と期間				続柄

短期目標と期間		栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
① 栄養 補給 ・ 食事					
② 栄養 食事 相談					
③ 多 職 種 の 解 決 に よ る 課 題					
特記事項					

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目