

アセスメント表

栄養改善
様式3

事業所名()
 記入者職・氏名()
 実施日 平成 年 月 日

氏名	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 予防給付 (<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2)	
	年 月 日生 () 歳			
1	毎日3食きちんと食べていますか？ <input type="checkbox"/> ①毎日3食食べる <input type="checkbox"/> ②たまに欠食する <input type="checkbox"/> ③欠食することが多い			
2	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日何杯くらい飲みますか？ 1日に () 杯			
3	好きな食べ物は何か？(いくつでも)			
4	嫌いな食べ物は何か？(いくつでも)			
5	食べにくい食べ物や、飲み込みにくい飲み物がありますか？ <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある(具体的に:)			
6	食物アレルギー(食べると湿疹がでたり、下痢をする)がありますか？ <input type="checkbox"/> ①ない <input type="checkbox"/> ②ある(具体的に:)			
7	食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
8	毎日の買い物は誰がしますか？買い物に行くのに不自由を感じますか？ 誰が () (はい・いいえ)			
9	毎日の食事づくりは誰がしますか？食事をつくるのに不自由を感じますか？ 誰が () (はい・いいえ)			
10	訪問介護による食事サービスを利用していますか？ <input type="checkbox"/> ①いいえ <input type="checkbox"/> ②はい 週に()回くらい			
11	配食サービスを利用していますか？ <input type="checkbox"/> ①いいえ <input type="checkbox"/> ②はい 週に昼食()回 夕食()回			
12	昨日は、どんなものを食べましたか？			
		時間	場所	誰と
	朝			
	昼			
	夕			
	間食			
特記事項				