栄養改善サービス計画，評価記録表

□二次予防事業　□予防給付（□要支援1　□要支援2）

栄養改善
様　式　5

事業所名（　　）　計画作成者職・氏名（ 管理栄養士　　）

氏名			歳	初回作成日 年　月　日		目標期間 年　月　日	年　月　日
栄養リスク	初回	3ヶ月	6ヶ月	摂取量	現在	3ヶ月	6ヶ月
身長（cm）				主食の摂取量	□ 良好　☑ 不良	□ 良好　□ 不良	□ 良好　□ 不良
体重（kg）				主菜の摂取量	□ 良好　□ 不良	□ 良好　□ 不良	□ 良好　□ 不良
BMI（kg／㎡）				水分の摂取量	□ 良好　□ 不良	□ 良好　□ 不良	□ 良好　□ 不良
※							

本人及び家族の意向 解決すべき課題	目　標	計画　月　日 栄養補給，栄養相談	月　日 評価（3ヶ月）	月　日 評価（6ヶ月）

※血清アルブミン値、貧血検査等、必要に応じて記入