

栄養スクリーニング（通所・居宅）（様式例）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/m ²)
直近1～6か月間における 3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ヶ月)
直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/6か月)
血清アルブミン値(g/dl) ^{※2} 3.5g/dl未満	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
食事摂取量75%以下 ^{※3}	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (%)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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)	
	体重(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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月)
	血清アルブミン値(g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl))
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
	その他				
食生活状況等	栄養摂取量 ・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⁾	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	
特記事項					

評価・判定	問題点 ⁶⁾ ①食事摂取・栄養補給の状況 (補助食品、経腸・静脈栄養など) ②身体機能・臨床症状(体重、 摂食・嚥下機能、検査データなど) ③習慣・周辺環境(食・生活習 慣、意欲、購買など)④その他	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []
	総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
サービス継続の必要性		□無(終了)		□有(継続)	

- 1) 必要に応じて プロセス(スクリーニング、アセスメント、モニタリング)を記入する
 - 2) 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 3) 1 安定した正しい姿勢が自分でとれない 2食事に集中することができない 3食事中に傾眠や意識混濁がある 4歯(義歯)のない状態で食事をしている
5食べ物を口腔内に溜め込む 6固形の食べ物を咀嚼く中にむせる 7食後、頬の内側や口腔内に残渣がある 8水分でむせる
9食事中、食後に咳をすることがある 10その他 から[]へ該当数字を記入し(あてはまるものすべて)、必要な事項があれば記載する。
 - 4) 嚥下調整食が必要な場合は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類を記入する。
 - 5) 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 6) 問題があれば、□有 にチェックし、[]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。
- ※ スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。
- ※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

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、対象者個々の程度や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。

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

