

別添資料 3-1 事前アセスメント表(例)

お名前		記入日		年	月	日
A. 個別相談や医師への相談の必要性						
1	この3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか	はい	いいえ			
2	呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか	はい	いいえ			
3	下痢や便秘が続いていますか	はい	いいえ			
B. 体重						
1	定期的に体重を測定していますか 直近の時期に測定した身長 cm、体重 kg	はい	いいえ			
2	この3ヶ月間に体重が減少しましたか	はい	いいえ			
3	この3ヶ月間に体重が増加しましたか	はい	いいえ			
C. 食事の内容						
1	1日に何回食事をしますか	回				
2	肉、魚、豆類、卵などを1日に何回、食べますか	1日に 回 または週に 回				
3	野菜や果物を1日にどの位食べますか	1日に 皿 または週に 皿				
4	牛乳やヨーグルト、チーズなどの乳製品、豆乳を1日に何回位食べますか	1日に 回 または週に 回				
5	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日に何杯位飲みますか	1日に 杯				
6	健康のためなどで、意識して食べている食品、補助食品、サプリメントなどがありますか	はい	いいえ			
D. 食事の準備状況						
1	自分(料理担当者の())が、食べ物を買いに行くのに不自由を感じますか					
2	自分(料理担当者の())が、食事の支度をするのに不自由を感じますか					
E. 食事の状況						
1	食欲はありますか	はい	いいえ			
2	食事をすることは楽しいですか	はい	いいえ			
3	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	はい	いいえ			
4	毎日、ほぼ決まった時間に食事や睡眠をとっていますか	はい	いいえ			
F. 特別な配慮の必要性						
1	食べ物でアレルギー症状(食べると下痢や湿疹がでる)がでますか	はい	いいえ			
2	1日に6種類以上の薬を飲んでいますか	はい	いいえ			
3	医師に食事療法をするように言われていますか	はい	いいえ			
G. 口腔・嚥下						
1	小さくしたり刻まないと食べられない食品がありますか	はい	いいえ			
2	飲み込みにくいと感じることがありますか	はい	いいえ			
H. 主観的な意識						
1	自分の健康状態をどう思いますか	1(良い) 2 3 4 5(良くない)				
2	自分の健康状態を良くするために、食事の調整を出来ると思いますか	1(できる) 2 3 4(できない)				