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　　　　㎏ | 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、サプリメントなどはありますか | 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 | はい | いいえ |
| 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 | はい | いいえ |
| 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） |