

別添資料 3-4 栄養改善プログラム報告書(例)

番号	ふりがな	性別 男 ・ 女
	氏名	生年月日
電話番号	() -	年 月 日 歳
住所	〒	

【栄養相談】	集団指導 (講義 回、グループワーク 回、実習 回、その他 回)	
実施形態と回数	通所型個別相談 回	訪問型 回
担当者	管理栄養士 栄養士 医師 歯科医師 保健師 看護師 歯科衛生士 食生活改善推進員 ボランティア	
目標設定内容		
目標の変更 (月 日)		

【アセスメント項目】	初回 (月 日)	中間 (月 日)	終了時 (月 日)
身長	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg
手術や食事療法の必要な入院	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
慢性的な病気の有無	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
下痢や便秘	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
定期的な体重測定	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
3か月の体重減少の有無	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
3か月の体重増加の有無	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
1日の食事回数	回/日	回/日	回/日
肉、魚、豆、卵の摂取回数	回/日 回/週	回/日 回/週	回/日 回/週
野菜、果物の摂取量	皿/日 皿/週	皿/日 皿/週	皿/日 皿/週
乳製品・豆乳の摂取回数	回/日 回/週	回/日 回/週	回/日 回/週
飲み物の摂取量	杯/日	杯/日	杯/日
補助食品等の摂取	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
買い物が不自由	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
食事の支度が不自由	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
食欲の有無	あり 無	あり 無	あり 無
食事が楽しい	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
誰かと一緒に食事	あり 無	あり 無	あり 無
決まった時間の食事・睡眠	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
食物でのアレルギー症状	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
6種類以上の薬	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
食事療法の必要性	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
小さくして食べる	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
飲み込みにくい	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
主観的健康感*	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
自己効力感**	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

*「あなたは自分の健康状態をどう思いますか？」 1：良い 2：まあ良い 3：ふつう 4：あまりよくない 5：良くない

**「あなたは自分の健康状態を良くするために、自分で食事の調整をできると思いますか？」

1：できると思う 2：どちらかといえばできると思う 3：どちらかといえばできないと思う 4：できないと思う

【最終評価】	
自覚的变化***	
最終経過	改善（一般介護予防事業へ） 維持・継続 悪化（入院・入所・介護認定（介護度 ）） その他（転居 不明 拒否 ）

***「今回の○○事業に参加して、あなたの生活習慣に何か変化はありましたか？」