

厚生労働省

平成23年度障害者総合福祉推進事業

グループホーム・ケアホーム入居者の食生活・
栄養支援の在り方に関する調査
報告書

平成 24 年 3 月

社団法人 日本栄養士会
全国福祉栄養士協議会

目 次

I 要 約.....	3
II 研究報告	
1. 目 的.....	9
2. 方 法.....	9
3. 結 果.....	11
4. 考 察.....	28
5. 図.....	34
6. 表.....	91
III 食生活・栄養支援のモデル事業の内容・支援方法(事例) 施設における事例.....	121
IV 調査票	
調査票 1: 障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票.....	271
調査票 2: BDHQ.....	272
(簡易型自記式食事歴法質問票: brief-type self-administered diet history questionnaire)	
調査票 3: グループホーム・ケアホームの食生活・栄養支援の実態及びニーズに関する質問票.....	277
V 資料編	
研究説明書.....	281
調査説明会資料 I.....	285
調査説明会資料 II.....	287
栄養マネジメント様式・食習慣指導報告書.....	307
食生活・栄養支援のための支援ガイドブック(栄養ケア実践用マニュアル).....	312
食習慣指導補助カード.....	(別添)

I 要約

I 要約

現在、障害者が地域で生活するためにグループホーム・ケアホームの整備が進められており、グループホーム・ケアホームに移行した障害者が地域での生活を継続、定着させるためには、障害者本人の健康を維持することが重要である。

ところが、一生涯健康で快適な日常生活を営むためには、生活習慣病の一次予防や早期改善が何よりも増して重要であるにも拘わらず、栄養・健康に関する支援サービスは位置づけられていない。これらのことから、グループホーム・ケアホームの食事提供や栄養管理は、世話人や入居者にまかせっきりになっている。本会が実施した調査において食生活・栄養支援が重要であることが強く示されたが、栄養・健康に関する支援の体制や支援状況等の実態、真のニーズ、そして効率的かつ効果的な支援の在り方については現在のところ全く把握されていない。

そこで、食生活・栄養支援の実態と真のニーズを把握・分析した上で、食生活・栄養支援をモデル的に実施し、その支援体制の在り方とその具体的な方策を提案することを目的として横断研究を実施した。

平成 23 年 12 月に全国のグループホーム 248 施設を利用している入居者 3,295 人と世話人 718 人を対象として、食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態とその世話人の食生活・栄養支援への真のニーズに関する調査を行った。そのうち平成 24 年 1 月～3 月の食生活・栄養状態に課題のある障害者（やせ及び肥満、偏食等）を対象とした支援（モデル事業）に参加したグループホームは 228 施設（入居者 1,152 人）であった。

入居者の BMI 群別の身体的特徴は、女性の肥満群の BMI が平均 29.5 と高いこと。肥満群において高血圧や糖尿病等の疾病の改善を要する者が高率に存在し、高血圧薬、糖尿病薬、向精神薬、高脂血症薬を服用している率が高いことが明らかになった。また、喫煙歴のある入居者も肥満群に多かったことから肥満している入居者は生活習慣病である高血圧や糖尿病などの疾病を持ち、その疾病を改善するための薬を服用している率が高く、喫煙歴があることが判明した。過去 6 カ月の体重増加では、やせ群、普通群、肥満群の順で体重増加の割合が高いことが分かった。

身体活動レベルにおける移動手段では大きな差はないものの、普通群や肥満群の入居者は外出する割合が高かったこと。健康感は普通群よりやせ群と肥満群において低く、食事が美味しいと感じる意識ではやせ群より普通群、肥満群で美味しいと感じていること。咀嚼機能レベルではやせ群より普通群、肥満群でわずかに何でも噛んで食べられる人が多く、食欲の有無では普通群、肥満群でわずかに食欲が高く、食べることへの興味ではやせ群、普通群、肥満群の順でわずかに興味が増えていたことから肥満の入居者は咀嚼機能レベルが高く、食事を美味しく感じ、食べることに対する興味があり、食欲があっても健康感が低いことが判明した。一方、やせの入居者は咀嚼機能レベルが低く、食事を美味しいと感じている人が少なく、食べることへの興味や食欲も低く、健康感も低いことが分かった。食事内容においては、平均値では課題がな

いものの個人差が大きいこと。肥満の入居者は、甘味のある飲物(1日3杯以上27%)、お菓子(1日2回以上15.1%)などの摂取頻度等が高いことが示された。

栄養に何らかの課題がある入居者は、栄養課題なしの入居者と比較すると生活習慣病である高血圧(16.9%)や糖尿病(5.6%)などの疾病を持ち、その疾病を改善するための薬を服用している率が高く、喫煙歴(23.3%)があることがわかった。また、栄養課題ありの入居者(1,152人:全調査対象者の37.2%)は食事コントロールありと栄養課題なしの入居者と比較すると食事を美味しく感じるものが少なく、食べることに對する興味もあまり持てず健康感も低いことがわかった。特に、障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票の結果から、栄養課題があると判定された入居者のうちBMIが普通に判定された入居者は、やせや肥満と判定された入居者と比較すると、身体機能レベルや食べることへの意向や食べる回数、食べ物の内容や量に課題がある者が多く、高血圧や糖尿病を有している率が高く、高血圧薬の服用率も高く、喫煙習慣がある入居者が多いこと。さらに、咀嚼機能レベルや健康感、食欲、食べることへの興味、食べ物を美味しいと感じることが低いことから、肥満度による肥満ややせ以外に栄養等に何らかの課題がある入居者の食生活・栄養支援の重要性が明らかになった。やせている入居者は、健康感では高いものの食欲、食べることへの興味が低かったことを考えると、やせている入居者への食生活・栄養支援の必要性も示唆された。

なお、甘味のある飲物やお菓子については、栄養課題ありの入居者のうちBMIが普通又は肥満の入居者が多く摂取していることからその摂取頻度等について考慮する必要があることが強く示唆された。

食事調査では、摂取エネルギー量のBMI群別や栄養課題あり・なしおよび食事コントロールあり別や栄養課題ありのBMI別平均摂取量では、各比較群間において大きな差はないものの標準偏差値からみると個人間で大きな差があることがわかったこと。平均値からみてもビタミンB₁と食物繊維は摂取不足であり、ナトリウムは過剰摂取であり、カリウムは女性で摂取不足であったことから、個々人の食事調査を適切に行った上で、食生活・栄養支援を行なうことの重要性が示唆された。

特に、栄養課題ありの入居者をやせ群・普通群(身体機能レベルや食べることへの意向や食べる回数、食べ物の内容や量に課題がある群)・肥満群のBMI別に平均値で見ると、緑黄色野菜とその他の野菜では普通群(男女)の摂取量が少なく、いも類は男性の肥満群と女性の普通群の摂取量が少なかったこと。きのこ類、海草類、果実類については女性のやせ群と肥満群で摂取量が多かったこと。コーラ類は男性の普通群と肥満群はやせ群の2倍の摂取量となっていたこと。酒類では女性より男性の摂取量が多く、やせ群(男女)の摂取量が多かったことから、今後の食生活・栄養支援において、疾病と食品(群)に関する情報を整理し、食生活・栄養支援に活用する資料作成が必要であると考えた。

世話人の調査では、食事計画を立案している施設が約57%、そのうち食事計画に関する会議を開催している施設は約55%であり、食事計画と献立の検討では約3割の施設が月1回程度開催、食事内容と食事計画の評価では月1回程度あるいは2~3か月に

1 回開催している施設が約 2 割であったこと。会議の参加者は世話人とサービス管理者が多く、栄養士と入居者の参加（参加率：栄養士約 15%・入居者約 12%）が少なく、利用者も含めた多職種協働による取り組みがなされていないことがわかった。食事の買い物、食事の準備、一緒に料理をする、食事の後片付けなど世話人と入居者が一緒に関わる取り組みでは、食事計画を立案している施設の実施率が高かったこと。定期的な身体計測は食事計画の立案あり・なしに関わらず実施されていることがわかった。また、食事計画を立案している施設において入居者が食べ物に興味がある、食事の準備や後片付けをする、お料理を作ることが好きで有意にその率が高かったことから食事計画を立案して取り組むことの必要性が示唆された。

世話人が、「いただきます」の挨拶を毎回する、お料理を作るのは好きである、利用者に食べ物の話をするについては、食事計画を立案している施設で有意にその率が高かったこと。世話人と利用者との話題においても食べもののなまえなどのこと、食べ物と健康の関係のこと、食べ物をよく噛むことについては、食事計画の立案あり・なしにかかわらず約 70%施設で取り組まれていたが、味付けや料理のことに関しては、立案をしている施設において有意にその率が高かったこと。さらに、90%以上の世話人が食事バランスの適切なとり方を教えること、食事時のあいさつ、歯磨きと歯の大切さの関係を教えることを、約 80%の世話人が食べ物と健康の関係を教えること、身体計測の結果を見てやせや肥満を確認することを、約 70%の世話人が行事食を伝えること、楽しんで食べる環境（場所、マナー、音楽等）づくりを必要と考えていることがわかったことから、食事計画を立案して取り組むことにより世話人が食べることへの関心を高め、入居者とのかかわりが深まり、生活の質が向上されると考えられた。

これらの結果から簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）の個人結果帳票を基に、食習慣指導補助カードを活用しながらモデル的に食生活・栄養支援に取り組んだが、支援の過程で栄養マネジメント様式（試作版）を使用した結果を報告している。

今回の結果は、グループホーム・ケアホーム等の入居者の食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態とその世話人の食生活・栄養支援への真のニーズを直接に証明したものであり、食生活・栄養支援の必要性やその手法や技法の重要性を強く示すものであると考えられる。

【提 言】

1. グループホーム・ケアホーム等で生活する障害者が地域での生活を継続、定着させるためには、障害者本人の健康を維持することが重要であり、一生涯健康で快適な日常生活を営めるよう生活習慣病一次予防や早期改善に向けて栄養・健康に関する支援サービスの体制をつくる必要がある。
2. 地域で生活する障害者の食生活・栄養支援を適切に行うためには、食事を中心とした栄養マネジメントが基本となる。その内容を充実させるために、管理栄養士・栄養士の研修はもちろんであるが、その重要性を施設管理者はじめ他職種に伝える必要がある。その研修のシステムを構築し、栄養マネジメントの実践者を増やすことにより、地域で生活する障害者の生活の質の向上が図られ、障害者の自己実現を目標とした社会参加のある生活が保障できる。
3. 食生活・栄養支援の充実を図るために、今回調査で活用した障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票や簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）等の食事アセスメントについては、適切な食習慣指導を効率的かつ効果的な支援方法として確立する必要がある。それには、その質問票の正しい理解と活用技術を高めて実践することが重要であり、全国的にかつ持続性をもって普及することにより、質の高い食生活・栄養支援が可能となり、支援体制が確立できる。

II 研究報告

II 研究報告

1. 目的

障害者が地域において生活するためにグループホーム・ケアホームの整備が進められており、グループホーム・ケアホームを居住の場として、地域生活に移行した障害者が地域での生活を継続、定着させるためには、障害者本人の健康を維持することが重要である。

ところが、栄養・健康に関する支援は、緊急性は有しないもののメタボリックシンドロームなどの生活習慣病一次予防、その早期改善など、一生涯健康で快適な日常生活を営むためには何よりも増して重要であるにも拘わらず、現時点においてはサービスとして位置づけられていない。これらのことから、グループホーム・ケアホームの食事提供や栄養管理は、世話人や入居者にまかせっきりになっている。さらに、本会が平成 21 年度障害者保健福祉推進事業等（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「地域における障害者の栄養・健康状態の実態及び意識・ニーズ調査」を実施した全都道府県 3,187 人のデータを収集し解析したところ、食生活・栄養支援が重要であることが強く示された（平成 21 年度障害者保健福祉推進事業等（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「地域における障害者の栄養・健康状態の実態及び意識・ニーズ調査」報告書）。しかしながら、栄養・健康に関する支援の体制や支援状況等の実態、真のニーズ、そして効率的かつ効果的な支援の在り方については現在のところ全く把握されていない。

そこで、今回は平成 21 年度調査において構築したネットワークを活用し、栄養ケア・マネジメント技術を持つ障害者支援施設の管理栄養士・栄養士を核に、食生活・栄養支援の実態と真のニーズを把握し分析した上で、食生活・栄養状態に課題のある障害者（やせ及び肥満、偏食等）を対象とし、食生活・栄養支援をモデル的に実施して、そのプロセスを通じて、各々の障害特性を踏まえた支援上の課題を整理するとともに、グループホーム・ケアホームに役立てる食生活・栄養支援サービスのシステムを明らかにし、その支援体制の在り方とその具体的な方策を提案することを目的として横断研究を実施した。

2. 方法

2-1. 研究計画ならびに対象者

グループホーム・ケアホームの入居者の食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態とその世話人の食生活・栄養支援への真のニーズをこれらの関連法人の管理栄養士・栄養士を通じて収集した。

食生活・栄養状態を把握するための障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票（調査票 1）は、食生活・栄養状態を把握するため、現身長、現体重、体重の増減を調べ、移動レベル、外出の頻度、健康感、咀嚼や嚥下の状況、食べる意欲、病気、服薬、喫煙、主な食事の回数と内容に関する調査項目とした。なお、この質問票は、高齢者用簡易栄養状態アセスメント質問票（平成 22 年度日本栄養士会政策課題調査研究で作成）を参考に、平成 21 年度障害者保健福祉推進事業等（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「地域における障害者の栄養・健康状態の実態及び意識・ニーズ調査」のグループホームの食物摂取分布に関する調査から得られた結果を研究事務局が整理し作成したものを用いた。

また、調査対象者であるグループホーム・ケアホームの入居者の食物摂取分布や摂取エネルギー及び栄養素量に関する調査については、簡易型自記式食事歴法質問票（以下「BDHQ」という。）を用いて調査を行った。（調査票2）

なお、グループホーム・ケアホームの世話人の食生活・栄養支援への真のニーズを把握するための質問票（調査票3）は、保育所における児童の食育に対する意識・ニーズ調査（平成22年度日本栄養士会政策課題調査研究で作成）で実施した保護者用質問票を参考に作成した。

さらに、障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票の調査結果、食生活・栄養状態に課題のある障害者（やせ及び肥満、偏食等）を対象とし、BDHQの個人結果帳票と食習慣指導補助カードを用い、障害者（児）施設に導入されている栄養マネジメントの手順を参考に、食生活・栄養支援をモデル的に実施し、食習慣指導報告書と栄養マネジメント様式試作版（平成21年度障害者保健福祉推進事業等で作成）による報告とした。

研究事務局は、（社）日本栄養士会全国福祉栄養士協議会内に設置した。

食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態とその世話人の食生活・栄養支援への真のニーズに関する調査については、全国知的障害者関係施設・事業所名簿（（財）日本知的障害者福祉協会発行）等から対象となる法人等の名簿を作成した。その名簿から対象となるすべての法人の名簿を作成した。その名簿を用い、平成21年度障害者保健福祉推進事業等で構築したネットワークを活用して簡易な調査趣旨（目的や内容）を記載した協力依頼書と研究への参加の有無を表す返信用のFAX用紙を郵送により送付した後、調査研究への参加の意思を示し、参加を承諾した施設を調査研究対象施設とした。

食習慣指導については、研究事務局が主催する研修会並びに説明会に参加した管理栄養士・栄養士を中心に調査研究への参加の有無を調査した。参加の意思を示した管理栄養士・栄養士の法人に対して施設単位での調査研究を承諾した施設を調査研究対象施設とした。

研究事務局はそれぞれの調査票等の必要書類を準備し、調査対象施設に郵送により送付して、それぞれの施設の法人に勤務する管理栄養士・栄養士が調査担当者の中心となり、その施設を利用している入居者に対して、意思疎通ができる場合は本人に、困難な場合はその家族の1人に調査研究内容を口頭にて説明し、同意が得られた入居者を研究の対象とした。

調査担当者は調査を行ったうえで、記入済みの調査票や食習慣指導報告書等の用紙を研究事務局に送付し、研究事務局ではデータに不備や不明な点がある場合は、調査担当者に問い合わせを行い、情報の不備を可能な限り排除した。

食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態とその世話人の食生活・栄養支援への真のニーズに関する調査は、平成23年12月から平成24年1月、食生活・栄養状態に課題のある障害者（やせ及び肥満、偏食等）を対象とした食生活・栄養支援（食習慣指導）は、平成24年1月から3月に実施した。

食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態とその世話人の食生活・栄養支援への真のニーズに関する調査に参加したのは248施設（入居者3,295人・世話人718人）であり、食生活・栄養状態支援に参加したのは228施設（入居者1,152人）であった。

2-2. 解析方法

この報告書では、障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票、BDHQ、食生活・栄養支援への真のニーズ調査のデータを入力し、不備なものを排除して解析準備が整ったものを解析に用いた。

障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票では、全調査対象者 3,215 人のうち身体計測ができなかった者と喫煙歴が確認できなかった者 20 人と BDHQ の調査票の不備の確認ができなかった者 73 人を除き、3,122 人を解析対象とした。さらに、BDHQ の摂取エネルギー量が、食事摂取基準（2010 年版）の身体活動レベルの低い（Ⅰ）の 50%かつ高い（Ⅲ）の 150%未満の推定エネルギー必要量の範囲内を超える者 30 人を除いた 3,092 人を最終解析対象とした。

食生活・栄養支援への真のニーズ調査はグループホーム・ケアホームの世話人 708 人のうち複数人で回答した者 21 人を除いた 687 人を解析対象とした。

障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票と食生活・栄養支援への真のニーズ調査の質問票におけるカテゴリーの質問は、できるだけカテゴリーのまま集計したが、カテゴリーと関連がある項目については、適宜、別集計をすることとした。

食生活・栄養支援の栄養マネジメントにおいて主要な身体状況を把握するため、身長と体重の計測値から肥満度（ボディ・マス・インデックス：BMI [kg/m²]）を算出した。なお、やせ・普通・肥満の判定には、大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究—多施設共同研究—、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成 19 年度総括・分担研究報告書、2008 を用いた。

3. 結果

3-1. 調査の流れ

研究説明書（資料編 P281）に、調査の流れを示す。最初に入居者の障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票と BDHQ の調査 3,215 人のうち、解析準備を整えることができなかった者は 93 人であり、解析対象者は 3,122 人であった。そのうち食生活・栄養支援を必要とする対象者は 1,152 人であり、モデル的に食生活・栄養支援を実施した対象者は 570 人であった。また、世話人の食生活・栄養支援への真のニーズ調査 708 人のうち、解析準備を整えることができなかった者は 21 人であり、解析対象者は 687 人であった。

3-2. 食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態調査の結果

3-2-1. グループホーム入居者の BMI 群別比較

（1）身体的特徴

表 1-1、表 1-2 に全対象者の性別、年齢、身長、体重、BMI をやせ群（BMI<19）・普通群（19≤BMI<26）・肥満群（BMI≥26）に分類（大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究—多施設共同研究—、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成 19 年度総括・分担研究報告書、2008. P167～174 参照）して集計し、BMI 群別身体的特徴

の分布を図1-1、図1-2、図1-3に示した。年齢と身長の前平均値においては女性・男性ともBMI群別による差はなかったが、体重、BMIの前平均値においては男性、女性ともやせ群と普通群と肥満群に大きな差があった。特に、女性の肥満群のBMIの前平均値が29.5と高かった。

(2) 既往歴および服薬、喫煙の状況

表4に既往及び治療中の疾患、服薬、喫煙歴をBMI群別に分類して集計し、BMI別の分布を図2、図3、図4に示した。既往及び治療中の疾患をBMI別にみると、高血圧はやせ群7.9%、普通群13.2%、肥満群21.1%であり、糖尿病はやせ群3.2%、普通群5.2%、肥満群7.9%であり、疾患を改善するための肥満はやせ群0.6%、普通群2.7%、肥満群15.0%であり、いずれもやせ群、普通群、肥満群の順で高率になっていた。

現在服薬している薬をBMI群別にみると、高血圧薬を服用している人は、やせ群6.5%、普通群12.0%、肥満群19.3%であり、糖尿病薬を服用している人は、やせ群2.1%、普通群4.0%、肥満群7.0%であり、向精神薬を服用している人は、やせ群16.4%、普通群19.3%、肥満群28.0%であり、高脂血症薬を服用している人は、やせ群3.8%、普通群5.2%、肥満群11.4%であり、疾患と同様にいずれもやせ群、普通群、肥満群の順で高率になっていた。

喫煙歴をBMI別にみると、現在もタバコを吸っている人は、やせ群10.9%、普通群12.1%、肥満群12.1%であり、タバコを止めた人は、やせ群7.9%、普通群9.2%、肥満群10.1%であり、タバコを吸ったことがない人は、やせ群81.2%、普通群78.7%、肥満群77.8%であり、現在もタバコを吸っている人は、やせ群より普通群と肥満群に多く、タバコを止めた人（過去にタバコを吸っていた人）も含めると喫煙歴のある人は、やせ群より普通群と肥満群の人に多かった。

(3) 移動手段や外出の状況

表5に移動するときの手段、外出の頻度をBMI群別に分類して集計し、BMI別の分布を図5、図6に示した。移動するときの手段としては、自力歩行ではやせ群94.1%、普通群95.3%、肥満群94.8%であり、BMI群別の差はないものの、杖を使用する人ではやせ群1.2%、普通群2.0%、肥満群3.0%であり、シルバーカーを使用する人はやせ群0%、普通群0.5%、肥満群0.4%であり、歩行補助用具等を使用している人はわずかではあるが普通群、肥満群に多かった。また、車椅子を使用している人は、やせ群2.9%、普通群1.8%、肥満群1.0%であり、ほとんどあるかない人は、やせ群1.8%、普通群0.5%、肥満群0.8%であり、自力で歩かない人はやせ群がわずかに多かった。外出の頻度の対象者全体としては、外出しない1.2%、月1回よりも少ない3.4%、月1回程度13.6%、月2~3回程度23.6%、月4~5回以上58.3%で週に1回以上外出している人が多かった。なお、月に4~5回の外出ではやせ群より普通群、肥満群で多く、月2~3回程度では肥満群と月1回と外出しないではやせ群の割合が多く、外出が1回より少ないではBMI群間に差がなかった。

(4) 健康に対する意識や体重増加の状況

表6に健康に対する意識、体重増加の有無をBMI群別に分類して集計し、BMI別の分布を図7、図8に示した。健康に対する意識において「同年齢の他の人と比べて健康だと思いますか？」という問いに対して「そう思う」がやせ群49.9%、普通群53.7%、肥満群43.2%であり、「少しそう思う」がやせ群15.3%、普通群15.2%、肥満群16.1%であり、「わからない」がやせ群18.2%、普通群18.7%、肥満群23.0%であり、「あまりそう思わない」がやせ群12.3%、普通群9.7%、肥満群14.0%であり、「そう思わない」がやせ群4.4%、普通群2.6%、肥満群3.6%であり、普通群に比べるとやせ群、肥満群では健康感が低かった。

過去6ヵ月の体重の増加については、2~3kg増加した人はやせ群5.3%、普通群15.4%、肥満群30.6%であり、1kgぐらい増加した人はやせ群9.4%、普通群15.9%、肥満群21.3%であり、わからない人はやせ群14.1%、普通群14.8%、肥満群14.3%であり、あまり増えていない人はやせ群28.2%、普通群23.0%、肥満群17.4%であり、増えていない人はやせ群43.1%、普通群30.9%、肥満群16.4%であり、やせ群、普通群、肥満群の順で体重増加の割合が高かった。

(5) 食事に対する意識

表7に食事に対する意識をBMI群別に分類して集計し、BMI別の分布を図9、図10、図11、図12に示した。食事に対する意識において「食事は美味しいと感じますか？」という問いに対して「そう思う人」はやせ群78.6%、普通群86.9%、肥満群89.3%であり、「少しそう思う人」はやせ群12.0%、普通群7.9%、肥満群7.5%であり、「わからない人」はやせ群6.5%、普通群3.9%、肥満群1.8%であり、「あまりそう思わない人」はやせ群2.1%、普通群1.0%、肥満群0.9%であり、「そう思わない人」はやせ群0.9%、普通群0.3%、肥満群0.4%であり、BMI群による大きな差はなかったが、やせ群より普通群、肥満群で食事は美味しいと感じている割合がわずかに高かった。

咀嚼機能のレベルについては、「何でも噛んで食べられる人」はやせ群78.6%、普通群82.4%、肥満群85.4%であり、「わからない人」はやせ群2.1%、普通群2.3%、肥満群2.0%であり、「一部噛めない食べ物がある人」はやせ群13.8%、普通群13.2%、肥満群10.3%であり、「噛めない食べ物が多い人」はやせ群3.5%、普通群1.4%、肥満群1.8%であり、「噛んで食べることができない人」はやせ群2.1%、普通群0.7%、肥満群0.5%であり、BMI群による大きな差はなかったが、やせ群より普通群、肥満群で咀嚼機能のレベルがわずかに高かった。

食欲の有無については、「ある人」はやせ群85.0%、普通群90.5%、肥満群91.3%であり、「少しある人」はやせ群8.2%、普通群5.2%、肥満群5.3%であり、「わからない人」はやせ群1.8%、普通群2.0%、肥満群1.4%であり、「あまりない人」はやせ群4.1%、普通群2.1%、肥満群1.6%であり、「ない人」はやせ群0.9%、普通群0.3%、肥満群0.4%であり、BMI群による大きな差はなかったが、やせ群より普通群、肥満群で食欲のある人がわずかに多かった。

食することへの興味については、「ある人」はやせ群80.1%、普通群85.6%、肥満群88.8%であり、「少しある人」はやせ群12.0%、普通群8.1%、肥満群6.2%であり、「わからない人」はやせ群3.8%、普通群2.4%、肥満群2.9%であり、「あまりない人」はやせ群3.2%、

普通群 2.8%、肥満群 1.6%であり、「ない人」はやせ群 0.9%、普通群 1.1%、肥満群 0.5%であり、BMI 群による大きな差はなかったが、やせ群、普通群、肥満群の順で食事に興味のある人がわずかに多くなっていた。

(6) 食事内容の状況

表 8 に食事内容に関する状況を BMI 群別に分類して集計し、BMI 別の分布を図 13、図 14、図 15、図 16、図 17、図 18、図 19、図 20、図 21 に示した。1 日の食事回数では、3 回以上がやせ群 95.6%、普通群 97.0%、肥満群 97.8%であり、2 回程度がやせ群 4.1%、普通群 2.9%、肥満群 2.2%であり、1 回程度がやせ群 0.3%、普通群 0%、肥満群 0%であり、ほとんど食べないがやせ群 0%、普通群 0.1%、肥満群 0%であり、BMI 群による大きな差はなく、ほぼ 1 日に 3 回以上食事を食べていた。

1 日の主食の摂取量では、6 杯以上がやせ群 3.5%、普通群 4.8%、肥満群 4.6%であり、4～5 杯程度がやせ群 25.5%、普通群 32.2%、肥満群 29.0%であり、3 杯以下がやせ群 71.0%、普通群 62.8%、肥満群 66.2%であり、ほとんど食べないがやせ群 0%、普通群 0.2%、肥満群 0.3%であり、BMI 群による大きな差はなく、ほぼ 1 日に 3 杯以下摂取していたが、4～5 杯は普通群が多かった。

1 日の肉や魚の摂取回数では、3 回以上がやせ群 19.4%、普通群 21.9%、肥満群 23.8%であり、2 回程度がやせ群 59.5%、普通群 61.4%、肥満群 57.7%であり、1 回程度がやせ群 20.8%、普通群 16.5%、肥満群 18.2%であり、ほとんど食べないがやせ群 0.3%、普通群 0.3%、肥満群 0.3%であり、BMI 群による大きな差はなく、ほぼ 1 日に 2 回程度摂取していたが、普通群、肥満群の摂取回数がわずかに多かった。

1 日の野菜の摂取回数では、3 回以上がやせ群 51.3%、普通群 57.3%、肥満群 56.3%であり、2 回程度がやせ群 35.8%、普通群 32.4%、肥満群 32.9%であり、1 回程度がやせ群 10.6%、普通群 9.1%、肥満群 9.2%であり、ほとんど食べないがやせ群 2.4%、普通群 1.2%、肥満群 1.6%であり、BMI 群による大きな差はなく、ほぼ 1 日に 3 回以上摂取しているが、普通群、肥満群の摂取回数が多かった。

1 週間の豆腐・納豆の摂取回数では、ほぼ毎日がやせ群 14.1%、普通群 15.8%、肥満群 15.2%であり、4～6 回がやせ群 22.3%、普通群 26.7%、肥満群 24.1%であり、2～3 回がやせ群 46.0%、普通群 43.0%、肥満群 45.3%であり、1 回がやせ群 13.8%、普通群 12.8%、肥満群 13.8%であり、ほとんど食べないがやせ群 3.8%、普通群 1.6%、肥満群 1.7%であり、BMI 群による大きな差はなく、ほぼ 1 週間に 2～3 回摂取しているが、普通群の摂取回数がわずかに多かった。

1 週間の卵の摂取回数では、ほぼ毎日がやせ群 15.0%、普通群 13.8%、肥満群 15.0%であり、4～6 回がやせ群 25.8%、普通群 30.3%、肥満群 24.3%であり、2～3 回がやせ群 46.9%、普通群 45.3%、肥満群 48.0%であり、1 回がやせ群 10.3%、普通群 9.4%、肥満群 11.3%であり、ほとんど食べないがやせ群 2.1%、普通群 1.2%、肥満群 1.4%であった。BMI 群による大きな差はなく、ほぼ 1 週間に 2～3 回摂取しているが、普通群の摂取回数が多かった。

1週間の果物の摂取回数では、ほぼ毎日がやせ群 19.4%、普通群 24.4%、肥満群 21.7%であり、4~6回がやせ群 17.0%、普通群 21.0%、肥満群 22.0%であり、2~3回がやせ群 34.3%、普通群 35.8%、肥満群 38.5%であり、1回がやせ群 22.3%、普通群 14.8%、肥満群 13.1%であり、ほとんど食べないがやせ群 7.0%、普通群 4.0%、肥満群 4.7%であった。ほぼ毎日と週4~6回では普通群、肥満群で摂取回数がわずかに多く、週1回はやせ群に多く、群別内の摂取回数による割合では大きな差はなかった。

1日の甘味のある飲物（コーラ、コーヒー、ジュースなど）の摂取量では、コップ5杯以上がやせ群 3.2%、普通群 3.6%、肥満群 4.0%であり、コップ3~4杯がやせ群 15.5%、普通群 16.1%、肥満群 23.0%であり、コップ2杯以下がやせ群 54.8%、普通群 52.9%、肥満群 46.8%であり、ほとんど飲まないがやせ群 26.4%、普通群 27.4%、肥満群 26.1%であった。ほとんど飲まないではBMI群による差はないものの、肥満群はやせ群と普通群よりコップ5杯以上、コップ3~4杯で多く、コップ2杯以下では少なかった。

1日のお菓子（おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など）の摂取回数では、3回以上がやせ群 3.2%、普通群 1.7%、肥満群 3.4%であり、2回程度がやせ群 6.7%、普通群 8.3%、肥満群 11.7%であり、1回程度がやせ群 48.7%、普通群 48.3%、肥満群 49.7%であり、ほとんど食べないがやせ群 41.3%、普通群 41.6%、肥満群 35.2%であった。全体的には1回程度が多く、次いでほとんど食べないであったが、肥満群はやせ群と普通群より3回以上、2回程度で多く、ほとんど食べないでは少なかった。

3-2-2. グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロールあり 群別比較

(1) 身体的特徴

表9-1、表9-2に全対象者の性別、年齢、身長、体重、BMIを食生活と栄養に課題（やせ・肥満・偏食等）あり群（以下「栄養課題あり群」という。）と食生活と栄養に課題なし群（以下「栄養課題なし群」という。）と食事コントロールあり群（以下「食事コントロール群」という。）に分類して集計し、栄養課題あり・なし群および食事コントロール群別身体的特徴の分布を図22-1、図22-2、図22-3に示した。食事コントロール群において男性・女性とも年齢が高く、身長がやや低かったが、栄養課題あり、栄養課題なし群においては差がなかった。体重、BMIにおいては各群に差があり、栄養課題あり群において体重が多く、BMIが高かった。全対象者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の分布では、女性は栄養課題あり群と食事コントロール群において男性よりわずかにBMI値が高かった。

(2) 既往歴および服薬、喫煙の状況

表12に既往及び治療中の疾患、服薬、喫煙歴を栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別に分類して集計し、その分布を図23、図24、図25に示した。既往及び治療中の疾患を栄養課題あり・なし群別にみると、高血圧は栄養課題あり群 16.9%、栄養課題なし群 11.6%、食事コントロール群 22.3%であり、糖尿病は栄養課題あり群 5.6%、栄養課題なし群 3.0%、食事コントロール群 21.3%であり、疾病を改善するための肥満は栄養課題あり群 8.1%、栄養

課題なし群 2.2%、食事コントロール群 13.8%であり、いずれも栄養課題なし群、栄養課題あり群、食事コントロール群の順で高率になっていた。

現在服薬している薬を栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別にみると、高血圧薬を服用している人は、栄養課題あり群 15.4%、栄養課題なし群 10.6%、食事コントロール群 19.3%であり、糖尿病薬を服用している人は、栄養課題あり群 4.2%、栄養課題なし群 2.4%、食事コントロール群 18.2%であり、向精神薬を服用している人は、栄養課題あり群 24.1%、栄養課題なし群 19.1%、食事コントロール群 21.3%であり、高脂血症薬を服用している人は、栄養課題あり群 8.0%、栄養課題なし群 4.8%、食事コントロール群 11.7%であり、向精神薬以外は疾患と同様にいずれも栄養課題なし群、栄養課題あり群、食事コントロール群の順で高率になっていた。向精神薬については栄養課題なし群、食事コントロール群、栄養課題あり群の順で高率になっていた。

喫煙歴を栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別にみると、現在もタバコを吸っている人は、栄養課題あり群 13.4%、栄養課題なし群 11.1%、食事コントロール群 13.1%であり、タバコを止めた人は、栄養課題あり群 9.9%、栄養課題なし群 8.6%、食事コントロール群 11.0%であり、タバコを吸ったことがない人は、栄養課題あり群 76.7%、栄養課題なし群 80.4%、食事コントロール群 77.7%であり、現在もタバコを吸っている人は、栄養課題なし群より栄養課題あり群と食事コントロール群に多く、タバコを止めた人（過去にタバコを吸っていた人）も含めると喫煙歴のある人は、栄養課題なし群より栄養課題あり群と食事コントロール群の人に多かった。

（3）移動手段や外出の状況

表 13 に移動するときの手段、外出の頻度を栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別に分類して集計し、栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の分布を図 26、図 27 に示した。移動するときの手段としては、自力歩行では栄養課題あり群 94.7%、栄養課題なし群 95.7%、食事コントロール群 92.4%であり、栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の差はないものの、杖を使用する人では栄養課題あり群 2.3%、栄養課題なし群 1.6%、食事コントロール群 4.5%であり、シルバーカーを使用する人は栄養課題あり群 0.4%、栄養課題なし群 0.4%、食事コントロール群 0%であり、歩行補助用具等を使用している人はわずかではあるが栄養課題あり群、食事コントロール群に多かった。また、車椅子を使用している人は、栄養課題あり群 1.3%、栄養課題なし群 1.8%、食事コントロール群 3.1%であり、ほとんど歩かない人は、栄養課題あり群 1.2%、栄養課題なし群 0.5%、食事コントロール群 0%であり、自力で歩かない人は栄養課題あり群がわずかに多かった。なお、外出の頻度については、月に 4~5 回の外出では食事コントロール群、栄養課題あり群、栄養課題なし群の順で割合が高くなっており、その他の外出の頻度の項目では食事コントロール群が高い割合であった。

（4）健康に対する意識や体重増加の状況

表 14 に健康に対する意識、体重増加の有無を栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別に分類して集計し、栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の分布を図 28、図

29に示した。健康に対する意識において「同年齢の他の人と比べて健康だと思いますか？」という問いに対して「そう思う」が栄養課題あり群 46.3%、栄養課題なし群 56.6%、食事コントロール群 34.4%であり、「少しそう思う」が栄養課題あり群 15.3%、栄養課題なし群 14.8%、食事コントロール群 19.6%であり、「わからない」が栄養課題あり群 2.4%、栄養課題なし群 18.4%、食事コントロール群 26.8%であり、「あまりそう思わない」が栄養課題あり群 14.6%、栄養課題なし群 8.1%、食事コントロール群 13.8%であり、「そう思わない」が栄養課題あり群 4.0%、栄養課題なし群 2.0%、食事コントロール群 5.5%であり、栄養課題なし群において一番健康感が高く、次いで栄養課題あり群であり、食事コントロール群は低かった。

過去6ヵ月の体重の増加については、2~3kgの増加では栄養課題あり群 21.3%、栄養課題なし群 14.9%、食事コントロール群 23.7%であり、1kg ぐらいの増加では栄養課題あり群 18.8%、栄養課題なし群 15.3%、食事コントロール群 15.1%であり、わからないでは栄養課題あり群 15.1%、栄養課題なし群 14.8%、食事コントロール群 11.3%であり、あまり増えていないでは栄養課題あり群 20.6%、栄養課題なし群 23.7%、食事コントロール群 19.9%であり、増えていないでは栄養課題あり群 24.3%、栄養課題なし群 31.4%、食事コントロール群 29.9%であった。2~3kg増加した人は食事コントロール群が多かったが、体重増加全体で見ると栄養課題なし群、食事コントロール群、栄養課題あり群の順で体重増加の割合が高くなっていた。

(5) 食事に対する意識

表15に食事に対する意識を栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別に分類して集計し、栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の分布を図30、図31、図32、図33に示した。食事に対する意識において「食事は美味しいと感じますか？」という問いに対して「そう思う人」は栄養課題あり群 84.4%、栄養課題なし群 87.6%、食事コントロール群 89.7%であり、「少しそう思う人」は栄養課題あり群 9.7%、栄養課題なし群 7.5%、食事コントロール群 6.9%であり、「わからない人」は栄養課題あり群 3.3%、栄養課題なし群 3.9%、食事コントロール群 3.4%であり、「あまりそう思わない人」は栄養課題あり群 1.7%、栄養課題なし群 0.9%、食事コントロール群 0%であり、「そう思わない人」は栄養課題あり群 0.9%、栄養課題なし群 0.1%、食事コントロール群 0%であり、そう思うと少し思うとを合計すると群間による差はないものの、わずかに栄養課題あり群より栄養課題なし群、食事コントロール群で食事は美味しいと思うと答えている割合が高かった。

咀嚼機能のレベルについては、「何でも噛んで食べられる人」は課題あり群 81.8%、課題なし群 83.4%、食事コントロール群 82.5%であり、「わからない人」は栄養課題あり群 2.3%、栄養課題なし群 2.0%、食事コントロール群 2.4%であり、「一部噛めない食べ物がある人」は栄養課題あり群 12.0%、栄養課題なし群 12.7%、食事コントロール群 13.8%であり、「噛めない食べ物が多い人」は栄養課題あり群 2.8%、栄養課題なし群 1.2%、食事コントロール群 1.0%であり、「噛んで食べることができない人」は栄養課題あり群 1.1%、栄養課題なし群 0.7%、食事コントロール群 0.3%であり、群間による大きな差はなかったが、栄養課題あり群より栄養課題なし群、食事コントロール群で咀嚼機能のレベルがわずかに高かった。

食欲の有無については、「ある人」は栄養課題あり群 87.9%、栄養課題なし群 90.7%、食事コントロール群 95.9%であり、「少しある人」は栄養課題あり群 6.9%、栄養課題なし群 5.2%、食事コントロール群 2.4%であり、「わからない人」は栄養課題あり群 1.8%、栄養課題なし群 2.1%、食事コントロール群 0.3%であり、「あまりない人」は栄養課題あり群 3.0%、栄養課題なし群 1.8%、食事コントロール群 1.0%であり、「ない人」は栄養課題あり群 0.5%、栄養課題なし群 0.2%、食事コントロール群 0.3%であり、群間による大きな差はなかったが、栄養課題あり群より課題なし群、食事コントロール群で食欲のある人がわずかに多かった。

食べることへの興味については、「ある人」は栄養課題あり群 84.6%、栄養課題なし群 86.0%、食事コントロール群 89.4%であり、「少しある人」は栄養課題あり群 8.4%、栄養課題なし群 7.9%、食事コントロール群 7.2%であり、「わからない人」は栄養課題あり群 3.3%、栄養課題なし群 2.5%、食事コントロール群 1.0%であり、「あまりない人」は栄養課題あり群 2.8%、栄養課題なし群 2.6%、食事コントロール群 1.4%であり、「ない人」は栄養課題あり群 0.9%、栄養課題なし群 1.0%、食事コントロール群 1.0%であり、栄養課題あり群、栄養課題なし群より食事コントロール群は興味がある割合がわずかに多かった。

(6) 食事内容の状況

表 16 に食事内容に関する状況を栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別に分類して集計し、栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の分布を図 34、図 35、図 36、図 37、図 38、図 39、図 40、図 41、図 42 に示した。1日の食事回数では、3回以上が栄養課題あり群 96.4%、栄養課題なし群 97.5%、食事コントロール群 97.3%であり、2回程度が栄養課題あり群 3.3%、栄養課題なし群 2.6%、食事コントロール群 2.8%であり、1回程度が栄養課題あり群 0.1%、栄養課題なし群 0%、食事コントロール群 0%であり、ほとんど食べないが栄養課題あり群 0.2%、栄養課題なし群 0%、食事コントロール群 0%であり、栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群による大きな差はなく、ほぼ1日に3回以上食事を食べていた。

1日の主食の摂取量では、6杯以上が栄養課題あり群 5.0%、栄養課題なし群 4.7%、食事コントロール群 2.4%であり、4~5杯程度が栄養課題あり群 30.4%、栄養課題なし群 32.7%、食事コントロール群 20.6%であり、3杯以下が栄養課題あり群 64.4%、栄養課題なし群 62.5%、食事コントロール群 76.6%であり、ほとんど食べないが栄養課題あり群 0.2%、栄養課題なし群 0.1%、食事コントロール群 0.3%であった。6杯以上又は4~5杯程度は栄養課題あり・なし群に多く、3杯以下では食事コントロール群が多かった。

1日の肉や魚の摂取回数では、3回以上が栄養課題あり群 22.1%、栄養課題なし群 21.9%、食事コントロール群 23.4%であり、2回程度が栄養課題あり群 58.1%、栄養課題なし群 62.0%、食事コントロール群 59.1%であり、1回程度が栄養課題あり群 19.5%、栄養課題なし群 16.0%、食事コントロール群 17.2%であり、ほとんど食べないが栄養課題あり群 0.3%、栄養課題なし群 0.2%、食事コントロール群 0.3%であり、群間による大きな差は大きくないものの食事コントロール群、栄養課題なし群で摂取回数のが多かった。

1日の野菜の摂取回数では、3回以上が栄養課題あり群 53.7%、栄養課題なし群 58.0%、食事コントロール群 58.1%であり、2回程度が栄養課題あり群 33.9%、栄養課題なし群 32.7%、食事コントロール群 30.2%であり、1回程度が栄養課題あり群 10.1%、栄養課題なし群 8.4%、食事コントロール群 11.0%であり、ほとんど食べないが栄養課題あり群 2.4%、栄養課題なし群 0.9%、食事コントロール群 0.7%であり、食事コントロール群と栄養課題なし群で摂取回数が多かった。

1週間の豆腐・納豆の摂取回数では、ほぼ毎日が栄養課題あり群 14.1%、栄養課題なし群 16.7%、食事コントロール群 14.1%であり、4~6回が栄養課題あり群 24.1%、栄養課題なし群 27.5%、食事コントロール群 20.6%であり、2~3回が栄養課題あり群 45.3%、栄養課題なし群 42.4%、食事コントロール群 47.1%であり、1回が栄養課題あり群 13.6%、栄養課題なし群 12.2%、食事コントロール群 16.8%であり、ほとんど食べないが栄養課題あり群 3.0%、栄養課題なし群 1.2%、食事コントロール群 1.4%であった。栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群による大きな差はなかったが、栄養課題なし群はほぼ毎日、週 4~6回と多く摂取していた。

1週間の卵の摂取回数では、ほぼ毎日が栄養課題あり群 14.2%、栄養課題なし群 14.9%、食事コントロール群 10.3%であり、4~6回が栄養課題あり群 26.4%、栄養課題なし群 31.3%、食事コントロール群 18.9%であり、2~3回が栄養課題あり群 46.4%、栄養課題なし群 44.1%、食事コントロール群 57.0%であり、1回が栄養課題あり群 11.0%、栄養課題なし群 8.7%、食事コントロール群 12.7%であり、ほとんど食べないが栄養課題あり群 2.0%、栄養課題なし群 1.0%、食事コントロール群 1.0%であった。栄養課題なし群で摂取回数が多かった。

1週間の果物の摂取回数では、ほぼ毎日が栄養課題あり群 20.8%、栄養課題なし群 25.2%、食事コントロール群 20.6%であり、4~6回が栄養課題あり群 20.0%、栄養課題なし群 21.5%、食事コントロール群 20.3%であり、2~3回が栄養課題あり群 37.7%、栄養課題なし群 34.7%、食事コントロール群 39.9%であり、1回が栄養課題あり群 15.7%、栄養課題なし群 15.0%、食事コントロール群 14.8%であり、ほとんど食べないが栄養課題あり群 5.8%、栄養課題なし群 3.6%、食事コントロール群 4.5%であった。ほぼ毎日、4~6回では栄養課題なし群の割合が高かった。

1日の甘味のある飲物（コーラ、コーヒー、ジュースなど）の摂取量では、コップ5杯以上が栄養課題あり群 4.3%、栄養課題なし群 3.3%、食事コントロール群 2.8%であり、コップ3~4杯が栄養課題あり群 22.5%、栄養課題なし群 14.9%、食事コントロール群 15.1%であり、コップ2杯以下が栄養課題あり群 49.0%、栄養課題なし群 54.2%、食事コントロール群 47.4%であり、ほとんど飲まないが栄養課題あり群 24.2%、栄養課題なし群 27.5%、食事コントロール群 34.7%であった。ほとんど飲まないは食事コントロール群に多かったが、栄養課題あり群はコップ5杯以上、コップ3~4杯で多く、ほとんど飲まないでは少なかった。

1日のお菓子（おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など）の摂取回数では、3回以上が栄養課題あり群 3.2%、栄養課題なし群 1.7%、食事コントロール群 2.1%であり、2回程度が栄養課題あり群 10.7%、栄養課題なし群 8.2%、食事コントロール群 6.9%であり、1回程度が栄養課題あり群 50.8%、栄養課題なし群 48.7%、食事コントロール群 40.5%であり、ほ

とんど食べないが栄養課題あり群 35.3%、栄養課題なし群 41.4%、食事コントロール群 50.5%であった。栄養課題あり群は食事コントロール群と栄養課題なし群に比べると摂取回数が多かった。

3-2-3. 栄養課題がある入居者のBMI 群別比較

(1) 身体的特徴

表 17-1、表 17-2 に栄養課題がある入居者の性別、年齢、身長、体重、BMI をやせ群 (BMI <19) ・普通群 (身体機能レベルや食べることへの意向や食べる回数、食べ物の内容や量に課題がある群) (19 ≤ BMI <26) ・肥満群 (BMI ≥ 26) に分類して集計し、BMI 群別身体的特徴の分布を図 43-1、図 43-2、図 43-3 に示した。年齢と身長においては女性・男性とも BMI 群による差はなかったが、体重、BMI においては男性、女性ともやせ群と普通群と肥満群に大きな差があった。特に肥満群の BMI の平均値が男性、女性とも高いという特徴がみられた。なお、全対象者の BMI 別やせ・普通・肥満と比較するとやせ群は低く、普通群の男性・女性、肥満群の女性が高かった。

(2) 既往歴および服薬、喫煙の状況

表 20 に既往及び治療中の疾患、服薬、喫煙歴について栄養課題がある入居者を BMI 群別に分類して集計し、BMI 別の分布を図 44、図 45、図 46 に示した。既往及び治療中の疾患を BMI 別にみると、高血圧はやせ群 7.5%、普通群 22.7%、肥満群 19.5%であり、糖尿病はやせ群 2.4%、普通群 8.1%、肥満群 6.2%であり、疾病を改善するための肥満はやせ群 0.7%、普通群 5.4%、肥満群 12.0%であり、高血圧と糖尿病はやせ群、肥満群、普通群の順で高率になっていた。

現在服薬している薬を BMI 群別にみると、高血圧薬を服用している人は、やせ群 6.1%、普通群 20.0%、肥満群 18.1%であり、糖尿病薬を服用している人は、やせ群 1.0%、普通群 4.3%、肥満群 5.5%であり、向精神薬を服用している人は、やせ群 16.3%、普通群 21.1%、肥満群 28.2%であり、高脂血症薬を服用している人は、やせ群 3.7%、普通群 6.0%、肥満群 10.4%であり、高血圧薬は普通群で高い服用率を示し、次いで肥満群で服用されおり、糖尿病薬・向精神薬・高脂血症薬は肥満群、普通群の順で高率になっていた。

喫煙歴を BMI 別にみると、現在もタバコを吸っている人は、やせ群 11.6%、普通群 22.2%、肥満群 11.7%であり、タバコを止めた人は、やせ群 7.8%、普通群 10.8%、肥満群 10.6%であり、タバコを吸ったことがない人は、やせ群 80.6%、普通群 67.0%、肥満群 77.7%であり、現在もタバコを吸っている人は、やせ群、肥満群より普通群に多く、タバコを止めた人（過去にタバコを吸っていた人）も含めると喫煙歴のある人は、やせ群、肥満群より普通群の人に多かった。

(3) 移動手段や外出の状況

表 21 に移動するときの手段、外出の頻度について栄養課題がある入居者を BMI 群別に分類して集計し、BMI 別の分布を図 47、図 48 に示した。移動するときの手段としては、自力歩行ではやせ群 93.9%、普通群 93.0%、肥満群 95.5%であり、BMI 群別の差はないものの、

杖を使用する人ではやせ群 1.4%、普通群 3.8%、肥満群 2.4%であり、シルバーカーを使用する人はやせ群 0%、普通群 1.1%、肥満群 0.5%であり、歩行補助用具等を使用している人はわずかではあるが普通群、肥満群に多かった。また、車椅子を使用している人は、やせ群 2.7%、普通群 1.1%、肥満群 0.7%であり、ほとんどあるかない人は、やせ群 2.0%、普通群 1.1%、肥満群 0.9%であり、自力で歩かない人はやせ群がわずかに多かった。外出の頻度の対象者全体としては、外出しない 1.6%、月 1 回よりも少ない 2.6%、月 1 回程度 13.5%、月 2~3 回程度 24.2%、月 4~5 回以上 58.1%で週に 1 回以上外出している人が多かった。なお、月に 4~5 回の外出ではやせ群より普通群、肥満群で多く、月 2~3 回程度では普通群、外出しないではやせ群、外出が 1 回より少ないでは肥満群、やせ群でわずかに多かった。

(4) 健康に対する意識や体重増加の状況

表 22 に健康に対する意識、体重増加の有無について栄養課題がある入居者を BMI 群別に分類して集計し、BMI 別の分布を図 49、図 50 に示した。健康に対する意識において「同年齢の他の人と比べて健康だと思いますか?」という問いに対して「そう思う」がやせ群 51.0%、普通群 45.4%、肥満群 44.4%であり、「少しそう思う」がやせ群 14.0%、普通群 14.1%、肥満群 16.3%であり、「わからない」がやせ群 17.4%、普通群 15.1%、肥満群 22.1%であり、「あまりそう思わない」がやせ群 13.3%、普通群 18.9%、肥満群 14.0%であり、「そう思わない」がやせ群 4.4%、普通群 6.5%、肥満群 3.1%であった。健康感が高いのはやせ群であったが、わずかに低かったのは普通群であった。

過去 6 ヶ月の体重の増加については、2~3 kg 増加した人はやせ群 5.4%、普通群 16.2%、肥満群 29.6%であり、1kg ぐらい増加した人はやせ群 8.8%、普通群 21.1%、肥満群 22.4%であり、わからない人はやせ群 15.7%、普通群 17.3%、肥満群 14.3%であり、あまり増えていない人はやせ群 27.6%、普通群 19.5%、肥満群 17.8%であり、増えていない人はやせ群 42.5%、普通群 26.0%、肥満群 15.9%であり、やせ群より普通群、普通群より肥満群と体重増加の割合が順次高くなっていた。

(5) 食事に対する意識

表 23 に食事に対する意識について栄養課題がある入居者を BMI 群別に分類して集計し、BMI 別の分布を図 51、図 52、図 53、図 54 に示した。食事に対する意識において「食事は美味しいと感じますか?」という問いに対して「そう思う人」はやせ群 78.2%、普通群 78.9%、肥満群 88.6%であり、「少しそう思う人」はやせ群 11.2%、普通群 13.0%、肥満群 8.2%であり、「わからない人」はやせ群 7.1%、普通群 2.7%、肥満群 1.8%であり、「あまりそう思わない人」はやせ群 2.4%、普通群 3.2%、肥満群 1.0%であり、「そう思わない人」はやせ群 1.0%、普通群 2.2%、肥満群 0.5%であった。肥満群は食事を美味しく感じている人が一番多く、やせ群と普通群では大きな差はないものの美味しいと感じていない人は普通群で多かった。

咀嚼機能のレベルについては、「何でも噛んで食べられる人」はやせ群 78.6%、普通群 73.0%、肥満群 85.6%であり、「わからない人」はやせ群 2.4%、普通群 3.8%、肥満群 1.9%であり、「一部噛めない食べ物がある人」はやせ群 12.9%、普通群 17.3%、肥満群 10.1%であり、「嚥

めない食べ物が多い人」はやせ群 4.1%、普通群 4.3%、肥満群 1.8%であり、「噛んで食べることができない人」はやせ群 2.0%、普通群 1.6%、肥満群 0.6%であり、噛むことができる人は肥満群に多く、普通群では一部噛めないものがある人が多く、咀嚼機能レベルも低かったが、肥満群では咀嚼機能のレベルが高かった。

食欲の有無については、「ある人」はやせ群 84.0%、普通群 83.8%、肥満群 90.6%であり、「少しある人」はやせ群 8.8%、普通群 8.1%、肥満群 5.7%であり、「わからない人」はやせ群 1.4%、普通群 3.2%、肥満群 1.6%であり、「あまりない人」はやせ群 4.8%、普通群 4.3%、肥満群 1.8%であり、「ない人」はやせ群 1.0%、普通群 0.5%、肥満群 0.3%であり、BMI 群による大きな差はなかったが、やせ群、普通群より肥満群で食欲のある人がわずかに多かった。

食べることへの興味については、「ある人」はやせ群 79.6%、普通群 78.4%、肥満群 88.6%であり、「少しある人」はやせ群 11.9%、普通群 10.8%、肥満群 6.2%であり、「わからない人」はやせ群 4.1%、普通群 2.7%、肥満群 3.1%であり、「あまりない人」はやせ群 3.4%、普通群 6.0%、肥満群 1.6%であり、「ない人」はやせ群 1.0%、普通群 2.2%、肥満群 0.5%であった。普通群は食べることへの興味があまりなく、やせ群より肥満群で食べることへの興味があることが分かった。

(6) 食事内容の状況

表 24 に食事内容に関する状況について栄養課題がある入居者を BMI 群別に分類して集計し、BMI 別の分布を図 55、図 56、図 57、図 58、図 59、図 60、図 61、図 62、図 63 に示した。1 日の食事回数では、3 回以上はやせ群 95.2%、普通群 91.9%、肥満群 98.2%であり、2 回程度はやせ群 4.4%、普通群 7.0%、肥満群 1.8%であり、1 回程度はやせ群 0.3%、普通群 0%、肥満群 0%であり、ほとんど食べないがやせ群 0%、普通群 1.1%、肥満群 0%であり、BMI 群による大きな差はなく、ほぼ 1 日に 3 回以上食事を食べていたが、3 回以上では普通群でわずかに低かった。

1 日の主食の摂取量では、6 杯以上はやせ群 3.4%、普通群 8.1%、肥満群 4.9%であり、4～5 杯程度はやせ群 25.2%、普通群 40.0%、肥満群 30.0%であり、3 杯以下はやせ群 71.4%、普通群 51.9%、肥満群 64.8%であり、ほとんど食べないがやせ群 0%、普通群 0%、肥満群 0.3%であった。普通群が一番多く摂取しており、肥満群、やせ群の順で少なくなっていた。

1 日の肉や魚の摂取回数では、3 回以上はやせ群 19.1%、普通群 17.8%、肥満群 24.5%であり、2 回程度はやせ群 58.8%、普通群 60.5%、肥満群 57.1%であり、1 回程度はやせ群 21.8%、普通群 20.5%、肥満群 18.3%であり、ほとんど食べないがやせ群 0.3%、普通群 1.1%、肥満群 0.2%であり、3 回以上食べている人は肥満群が一番多く、やせ群、普通群の順で少なくなっているが、2 回程度も含めるとやせ群と普通群による大きな差はなかった。ただし、週 1 回程度以下では肥満群が一番少ない割合であった。

1 日の野菜の摂取回数では、3 回以上はやせ群 51.0%、普通群 42.2%、肥満群 58.0%であり、2 回程度はやせ群 35.0%、普通群 38.4%、肥満群 32.1%であり、1 回程度はやせ群 11.2%、普通群 14.1%、肥満群 8.5%であり、ほとんど食べないがやせ群 2.4%、普通群 5.4%、肥満群 1.5%であった。3 回以上食べている人は肥満群が一番多く、やせ群、普通群の順で少なくなっ

ているが、2回程度も含めるとやせ群が一番少ない割合であり、週1回程度以下では肥満群が一番少ない割合であった。

1週間の豆腐・納豆の摂取回数では、ほぼ毎日がやせ群 14.6%、普通群 9.2%、肥満群 15.2%であり、4~6回がやせ群 23.1%、普通群 23.8%、肥満群 24.5%であり、2~3回がやせ群 45.2%、普通群 43.2%、肥満群 45.9%であり、1回がやせ群 12.6%、普通群 18.4%、肥満群 12.8%であり、ほとんど食べないがやせ群 4.4%、普通群 5.4%、肥満群 1.6%であり、全体的には1週間に2~3回摂取している人が多く、やせ群と肥満群による大きな差はなかったが、週1回程度以下では普通群の割合が高かった。

1週間の卵の摂取回数では、ほぼ毎日がやせ群 15.7%、普通群 6.5%、肥満群 15.8%であり、4~6回がやせ群 27.6%、普通群 27.0%、肥満群 25.7%であり、2~3回がやせ群 44.6%、普通群 47.6%、肥満群 46.8%であり、1回がやせ群 9.9%、普通群 15.1%、肥満群 10.4%であり、ほとんど食べないがやせ群 2.4%、普通群 3.8%、肥満群 1.3%であった。普通群はやせ群や肥満群より摂取回数が少ない人が多かった。

1週間の果物の摂取回数では、ほぼ毎日がやせ群 20.4%、普通群 14.6%、肥満群 22.7%であり、4~6回がやせ群 16.0%、普通群 19.5%、肥満群 21.8%であり、2~3回がやせ群 33.0%、普通群 40.0%、肥満群 39.1%であり、1回がやせ群 23.8%、普通群 17.8%、肥満群 11.6%であり、ほとんど食べないがやせ群 6.8%、普通群 8.1%、肥満群 4.8%であった。ほぼ毎日食べている人はやせ群と肥満群より普通群で少ない割合であったが、週1回程度以下では肥満群、普通群、やせ群の順で割合が高くなっていった。

1日の甘味のある飲物（コーラ、コーヒー、ジュースなど）の摂取量では、コップ5杯以上がやせ群 3.4%、普通群 6.0%、肥満群 4.3%であり、コップ3~4杯がやせ群 17.0%、普通群 29.2%、肥満群 23.0%であり、コップ2杯以下がやせ群 53.4%、普通群 47.6%、肥満群 47.4%であり、ほとんど飲まないがやせ群 26.2%、普通群 17.3%、肥満群 25.3%であった。やせ群、肥満群、普通群の順で飲む量が多かった。ほとんど飲まないでは普通群よりやせ群と肥満群で多く、普通群はやせ群や肥満群より摂取量が多い人の割合が高かった。

1日のお菓子（おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など）の摂取回数では、3回以上がやせ群 3.4%、普通群 2.7%、肥満群 3.3%であり、2回程度がやせ群 7.1%、普通群 13.0%、肥満群 11.6%であり、1回程度がやせ群 49.7%、普通群 50.3%、肥満群 51.4%であり、ほとんど食べないがやせ群 39.8%、普通群 34.1%、肥満群 33.7%であった。全体的には1回程度が多く、次いでほとんど食べないであったが、2回程度以上では普通群と肥満群の割合が高く、ほとんど食べないではやせ群が高い割合を示していた。

3-3. 食事調査の結果

3-3-1. BMI 群別によるエネルギー・栄養素摂取量

表2-1、表2-2にグループホーム入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量を示した。BDHQの摂取エネルギーについては、食事摂取基準（2010年版）の身体活動レベルの低い（I）の50%かつ高い（III）の150%未満の推定エネルギー必要量の範囲内であるかを確認した。エネルギー摂取量の平均値は、男性がやせ群 2157 ± 475 kcal、普通群 2242 ± 546 kcal、

肥満群 $2232 \pm 528 \text{kcal}$ であり、女性がやせ群 $1716 \pm 404 \text{kcal}$ 、普通群 $1743 \pm 406 \text{kcal}$ 、肥満群 $1797 \pm 398 \text{kcal}$ であり、男女とも BMI 群間においては大きな差はなかったが、わずかにやせ群の摂取エネルギーが低かった。エネルギー産生栄養素であるたんぱく質、脂質、炭水化物において男女とも BMI 群間においては大きな差はなく、食事摂取基準が示す値の範囲内であったが、わずかに脂質の%エネルギーが高かった。

栄養素摂取量の BMI 群別平均値では、ビタミン B₁ は男性がやせ群・普通群・肥満群で $0.4 \pm 0.1 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ 、女性がやせ群・普通群・肥満群 $0.5 \pm 0.1 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ であり、わずかに不足であった。カリウムは男性がやせ群 $1477 \pm 334 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ 、普通群 $1478 \pm 332 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ 、肥満群 $1424 \pm 342 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ 、女性がやせ群 $1548 \pm 356 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ 、普通群 $1580 \pm 324 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ 、肥満群 $1556 \pm 322 \text{mg}/1000 \text{kcal}$ であり、女性でわずかに不足していた。食物繊維は男性がやせ群 $7.4 \pm 1.8 \text{g}/1000 \text{kcal}$ 、普通群 $7.4 \pm 1.8 \text{g}/1000 \text{kcal}$ 、肥満群 $7.1 \pm 1.9 \text{g}/1000 \text{kcal}$ 、女性がやせ群 $7.8 \pm 2.0 \text{g}/1000 \text{kcal}$ 、普通群 $7.9 \pm 1.8 \text{g}/1000 \text{kcal}$ 、肥満群 $7.8 \pm 1.9 \text{g}/1000 \text{kcal}$ と不足していたが、ナトリウムは男性がやせ群 $2256 \pm 448 \text{mg}/\text{日}$ 、普通群 $2245 \pm 394 \text{mg}/\text{日}$ 、肥満群 $2248 \pm 418 \text{mg}/\text{日}$ 、女性がやせ群 $2256 \pm 391 \text{mg}/\text{日}$ 、普通群 $2295 \pm 4383 \text{mg}/\text{日}$ 、肥満群 $2334 \pm 397 \text{mg}/\text{日}$ であり、過剰摂取となっていた。他の栄養素摂取量は、ほぼ食事摂取基準の示す値であった。

3-3-2. 栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別エネルギー・栄養素摂取量

表 10-1、表 10-2 に栄養課題あり群、栄養課題なし群、食事コントロール群別のエネルギーおよび栄養素摂取量を示した。エネルギー摂取量の平均値は、男性が栄養課題あり群 $2245 \pm 550 \text{kcal}$ 、栄養課題なし群 $2232 \pm 520 \text{kcal}$ 、食事コントロール群 $2140 \pm 550 \text{kcal}$ であり、女性が栄養課題あり群 $1800 \pm 394 \text{kcal}$ 、栄養課題なし群 $1743 \pm 389 \text{kcal}$ 、食事コントロール群 $1679 \pm 479 \text{kcal}$ であり、男女とも BMI 群間においては大きな差はなかったが、男性は食事コントロール群でわずかに摂取エネルギーが低かった。女性は栄養課題あり群の摂取エネルギーが一番多く、次いで栄養課題なし群、食事コントロール群の順で摂取エネルギーが少なくなっていた。栄養素摂取量においても栄養課題あり群、栄養課題なし群、食事コントロール群間による差はなく、女性はカリウムがわずかに不足、男性はビタミン B₁ がわずかに不足、男女とも食物繊維が不足していたが、ナトリウムはいずれも過剰摂取となっていた。

3-3-3. 栄養課題がある入居者の BMI 群別エネルギー・栄養素摂取量

表 18-1、表 18-2 に栄養課題がある入居者の BMI 群別エネルギーおよび栄養素摂取量を示した。エネルギー摂取量の平均値は、男性がやせ群 $2152 \pm 478 \text{kcal}$ 、普通群 $2392 \pm 671 \text{kcal}$ 、肥満群 $2240 \pm 524 \text{kcal}$ であり、女性がやせ群 $1722 \pm 391 \text{kcal}$ 、普通群 $1862 \pm 424 \text{kcal}$ 、肥満群 $1814 \pm 388 \text{kcal}$ であり、男女とも BMI 群間に差がみられ、普通群の摂取エネルギーが高く、次いで肥満群、やせ群の順で摂取エネルギーが少なくなっていた。栄養素摂取量においては、やせ群・普通・肥満群間による差はなく、女性はいずれもカリウムがわずかに不足、男性はいずれもビタミン B₁ が推定平均必要量よりも少なかった。男女とも食物繊維が不足していたが、ナトリウムはいずれも過剰摂取となっていた。

3-3-4. BMI 群別による食品（群）摂取量

表 3-1、表 3-2 にやせ群・普通群・肥満群による食品（群）摂取量を性別で示した。摂取量の g/1000kcal の平均値を食品（群）ごとにみると、穀類、魚介類、肉類、卵類、豆類においては性別、BMI 群別による大きな差はなかった。緑黄色野菜、その他の野菜については男女とも肥満群において摂取量が少なかった。いも類は男性の肥満群の摂取量が少なかった。きのこ類、海草類、果実類、乳類については男性より女性の方が多く摂取していた。コーラ類については女性より男性の方が多く摂取しており、やせ群より普通群の摂取量が多く、さらに肥満群が多く摂取していた。酒類については女性より男性の方が多く摂取しているが、男性は BMI 群間での差はなく、女性ではやせ群が多く摂取していた。菓子類は女性より男性の摂取量が少ないが、男性は肥満群が一番多く摂取しており、次いでやせ群、普通群の順に摂取量が少ない。

3-3-5. 栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食品（群）摂取量

表 11-1、表 11-2 に栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別による食品（群）摂取量を性別で示した。摂取量の g/1000kcal の平均値を食品（群）ごとにみると、BMI 群別と同様に穀類、魚介類、肉類、卵類、豆類においては性別、栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別による大きな差はなかった。緑黄色野菜、その他の野菜については男女とも食事コントロール群において摂取量が少なかった。いも類は女性の食事コントロール群の摂取量が少なかった。きのこ類、海草類、果実類、乳類については男性より女性の方が多く摂取しており、中でもきのこ類と乳類は食事コントロール群が、海草類と果実類は栄養課題なし群が多く摂取していた。コーラ類については女性より男性の方が多く摂取しており、食事コントロール群より栄養課題なし群の摂取量が多く、さらに栄養課題あり群が多く摂取していた。酒類については女性より男性の方が多く摂取しているが、男性は BMI 群間での差はなく、女性では栄養課題あり群となし群が多く摂取していた。菓子類は女性より男性の摂取量が少ないが、男性の栄養課題なし群が一番少ない摂取量であった。

3-3-6. 栄養課題がある入居者の BMI 群別食品（群）摂取量

表 19-1、表 19-2 に栄養課題がある入居者の BMI 群別による食品（群）摂取量を性別で示した。摂取量の g/1000kcal の平均値を食品（群）ごとにみると、穀類、魚介類、肉類、卵類、豆類においては BMI 群別による大きな差はなかったが、わずかに女性の魚介類でやせ群と肥満群の摂取量が多かった。緑黄色野菜、その他の野菜については男女ともやせ群において摂取量が少なかった。いも類は男性の肥満群の摂取量が少なく、女性の普通群の摂取量が少なかった。きのこ類、海草類、果実類については男性では摂取量に大きな差はなかったが、女性ではいずれもやせ群で摂取量が少なかった。乳類については男性より女性の方が多く摂取しており、男性では普通群が他の群に比べて少なく、女性ではやせ群が他の群に比べて多く摂取していた。コーラ類については女性より男性の方が多く摂取しており、肥満群ではやせ群の摂取量より 2 倍の摂取量となっていた。酒類については女性より男性の方が多く摂取しているが、特に男性のやせ群と、女性のやせ群多く摂取していた。菓子類は女性より男性の摂取量が少ないが、特にやせ群の摂取量が少なかった。

3-4. グループホームにおける世話人の実態とニーズ

3-4-1. グループホームの食事計画

表 25 に食事計画の立案の有無を集計した。調査施設において食事提供に関して食事計画を立案している施設は 56.9%、立案していない施設が 36.7%であり、残りの 6.4%は分からないと答えていた。

表 26、表 27 に食事提供に関する施設内会議の開催頻度と会議の参加者を集計し、その分布を図 64、図 65、図 66 に示した。食事の計画、献立の検討、食事の内容、食事計画の評価については、話し合うことがないが 46.2%、44.5%、44.6%、48.1%であったが、食事の計画、献立の検討、食事の内容に関する会議の開催は月 1 回開催が 29.9%、27.5%、22.7%と一番多く開催されていた。ただし、食事の内容、食事計画の評価についての会議は、月 1 回程度と 2~3 か月に 1 回開催の占める割合が高かった。

食事の計画・献立の検討・食事の内容・食事計画の評価に関する会議の参加者で一番多い職種は世話人 (50.5%・51.2%・46.2%・50.2%) であり、次いで参加者が多かった職種はサービス管理者 (34.4%・36.5%・34.1%・34.2%)、栄養士 (14.8%・16.5%・14.8%・18.0%) であり、利用者の参加 (12.1%・13.4%・12.4%・14.3%) は少なかった。

3-4-2. グループホームにおける取組の種類と頻度

表 28 に入居者と一緒に取り組んでいる食事に関する項目とその頻度を食事計画の立案の有無別に集計し、その分布を図 67、図 68、図 69、図 70、図 71 に示している。食事の買い物へ一緒に行くは、毎日している・ほぼしているが立案あり群で 1.5%・9.7%、立案なし群で 0%・5.6%であり、立案している施設では入居者が食事の買い物に参加している率が高かった。

食事の準備については、毎日している・ほぼしているが立案あり群で 33.8%・12.8%、立案なし群で 19.0%・13.1%であり、立案している施設では食事の準備に入居者が関わっている率が高かった。

料理を一緒にするでは、毎日している・ほぼしているが立案あり群で 13.3%・11.3%、立案なし群で 2.4%・7.1%であり、立案している施設では入居者が料理も一緒にしている率が高かった。

食事の後片付けでは、毎日している・ほぼしているが立案あり群で 50.6%・16.6%、立案なし群で 44.8%・22.6%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している施設でわずかに実施率が高かった。

定期的な身体測定では、毎月している・年に数回しているが立案あり群で 68.3%・16.4%、立案なし群で 65.9%・17.9%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している施設でわずかに実施率が高かった。

3-4-3. グループホームにおける入居者の実態

表 29 にグループホームにおける世話人から見た入居者の食事に関する実態とその実施率について食事計画の立案の有無別に集計し、その分布を図 72~図 81 に示している。残さずに食べている率の 75~100%・50~75%未満は、立案あり群で 93.4%・5.4%、立案なし群で

90.1%・6.3%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかに実施率が高かった。

食べることが好きの率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で96.4%・3.3%、立案なし群で94.8%・4.4%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかに食べることへの意識が高かった。

食事時の姿勢がよい率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で54.2%・34.5%、立案なし群で48.0%・36.9%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかに食事時の姿勢がよかった。

お箸の持ち方がじょうずである率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で58.6%・29.7%、立案なし群で53.2%・27.4%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかにお箸の持ち方が上手であった。

よく噛んで食べている率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で29.7%・46.3%、立案なし群で18.7%・49.2%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかによく噛んで食べている。

夕食前にお腹がすいたと言う率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で31.7%・25.8%、立案なし群で25.0%・25.0%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかに夕食前にお腹がすいたとよく言っている。

体が動かすことをする率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で27.1%・31.2%、立案なし群で16.3%・23.4%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群においてわずかではあるが、体を動かすことをしている率が高かった。

食べ物に興味がある入居者の率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で27.1%・31.2%、立案なし群で16.7%・23.4%であり、立案している群で有意に食べ物に興味がある入居者が多かった。

食事の準備や後片付けのお手伝いをする率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で56.8%・20.5%、立案なし群で48.8%・20.6%であり、立案している群で有意に食事に関わるお手伝いをしていることが多かった。

お料理を作ることが好きな入居者の率では、75～100%・50～75%未満が立案あり群で13.3%・18.7%、立案なし群で6.0%・10.7%であり、立案している群で有意にお料理を作ることが好きである率が高かった。

3-4-4. グループホームの世話人の食事に関する行動の実態

表30にグループホームの世話人の食事に関する行動を食事計画の立案の有無別に集計し、その分布を図82～図86に示している。「いただきます」を言うでは、毎回・言うほうが多いが立案あり群で79.3%・12.3%、立案なし群で71.4%・14.7%であり、立案している群で「いただきます」の挨拶を毎回している率が高かった。

お料理を作るのが好きでは、とても好き・好きなほうと答えた世話人は、立案あり群が26.9%・43.2%であり、立案なし群が19.4%・40.9%であり、立案している群でお料理を作るのは好きである人の率が多かった。

お料理を作るのは得意では、とても得意・得意なほうが立案あり群が 10.7%・31.7%、立案なし群で 6.3%・35.3%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかにお料理を作るのは好きなようである。

利用者と一緒に夕食を食べるでは、毎日食べている・ほぼ食べているが立案あり群が 26.1%・9.5%、立案なし群で 20.6%・13.9%であり、両群間に大きな差はなかったが、立案している群でわずかに毎日食べている人が多かった。

利用者に食べ物の話をするでは、毎日話している・よく話しているが立案あり群が 24.0%・52.4%、立案なし群で 17.1%・52.4%であり、立案している群で利用者に食べ物の話をしている率が高かった。

表 31 に世話人と利用者の話題に関して食事計画の立案の有無別に集計し、その分布を図 87 に示している。食べ物のなまえなどのこと、食べ物と健康の関係のこと、栄養のこと、食べ物の旬のこと、食事マナーのこと、味付けや料理方法のこと、食べ物に命があること、朝食の献立のこと、昼食の献立のこと、夕食の献立のこと、節分・お雛祭りなどの行事食のこと、郷土料理など伝統食のこと、苦手な食べ物が食べられたこと、体を動かすことが必要なこと、食べものをよく噛むこと等の項目の中で、味付けや料理方法のことについては立案あり群 60.4%、立案なし群 48.0%であり、両群間に大きな差があった。また、70%以上の人が話題としている項目は、食べ物のなまえなどのこと、食べ物と健康の関係のこと、食べものをよく噛むことであった。

3-4-5. グループホームの世話人の食事に対する考え

表 32 にグループホームの世話人の食事に対する考えを食事計画の立案の有無別に集計し、その分布を図 88～図 102 に示している。行事食を伝えること、郷土料理・伝統食を伝えること、食事バランスの適切なとり方を教えること、料理のコツなどを教える料理教室、病気（糖尿病・高血圧など）や肥満・やせの相談を受ける、食事時のあいさつ、食事の準備、食事の後片付け、簡単に作れる料理なそのレシピ紹介、楽しんで食べる環境（場所、マナー、音楽等）づくり、食べものの旬を伝えること、食べものと健康の関係を教えること、ゆっくりと良く噛んで食べることを教えること、歯磨きと歯の大切さの関係を教えること、身体計測の結果を見てやせや肥満の確認等の世話人が必要と考えている項目に関しては、立案あり群・立案なし群の両群間に大きな差はなかった。ただし、90%以上の世話人が必要と考えている項目は、食事バランスの適切なとり方を教えること、食事時のあいさつ、歯磨きと歯の大切さの関係を教えることであり、約 80%の世話人が必要と考えている項目は、食べものと健康の関係を教えること、身体計測の結果を見てやせや肥満の確認であり、約 70%の世話人が必要と考えている項目は、行事食を伝えること、楽しんで食べる環境（場所、マナー、音楽等）づくりであった。

4. 考察

全国のグループホーム・ケアホームで、3,092 人の利用者の食生活・栄養状態と 687 人の世話人の食生活・栄養支援の実態と真のニーズを明らかにした。

この調査で特筆すべき点は、(1) 全国レベルでグループホーム・ケアホームに入居されている知的障害者の食生活・栄養状態と入居者の健康・栄養の維持改善を支援している世話人の実態と真のニーズが明らかにできたこと。(2) モデル的ではあるが食生活・栄養状態に課題がある入居者を抽出して栄養改善(食習慣指導)を実施し、効率的かつ効果的な手法の確認と食生活・栄養支援サービスのシステムを明らかにできたことであると考えられる。

特に、後者のような研究は我が国では極めてまれであり、地域で生活する障害者の食生活・栄養支援サービスを全国レベルで展開する準備ができた点は、障害者の健康・栄養状態を維持改善し、生活の質を高めるための効果的かつ効率的な食習慣指導の方法や技術を示す結果として注目すべきである。

入居者のBMI群別に比較した結果における身体的特徴では、年齢と身長の平均値においては群別による差はないものの体重とBMIの平均値においては大きな差があり、特に女性の肥満群のBMIの平均値が高いという特徴がみられたこと。既往および治療中の疾患である高血圧、糖尿病、疾病を改善するための肥満では、やせ群、普通群、肥満群の順で高率を示していること。現在服用している薬として高血圧薬、糖尿病薬、向精神薬、高脂血症薬では疾患と同様にやせ群、普通群、肥満群の順で高い服用率であったこと。喫煙歴では、過去にタバコを吸っていた人も含めた喫煙歴のあった入居者はやせ群より普通群と肥満群の入居者に多かったことから肥満している入居者は生活習慣病である高血圧や糖尿病などの疾病を持ち、その疾病を改善するための薬を服用している率が高く、喫煙歴があることがわかった。身体活動レベルにおける移動手段では、自力歩行においてはBMI群別による差はなかったが、杖やシルバーカーを使用している入居者はわずかではあるが普通群、肥満群に多かったこと。外出は月1回より少ない入居者においてはBMI群別による差はなかったが、外出回数が多くなるにしたがって普通群や肥満群の入居者は外出している割合が高いことがわかった。また、「同年齢の他の人と比べて健康だと思いますか?」という健康感では、普通群に比べるとやせ群と肥満群において低かったこと。過去6カ月の体重増加では、やせ群、普通群、肥満群の順で体重増加の割合が高かったこと。「食事を美味しいと感じますか?」という食事に対する意識では、やせ群より普通群、肥満群で美味しいと感じていること。咀嚼機能レベルでは、やせ群より普通群、肥満群でわずかに高かったこと。食欲の有無では、やせ群より普通群、肥満群でわずかに高かったこと。食べることへの興味では、やせ群、普通群、肥満群の順でわずかに興味が増えていることから肥満の人は食事を美味しく感じ、食べることに興味があっても健康感が低いことがわかった。なお、食事内容では、食事を1日3回以上食べていること。主食の摂取量では極端に多い人や少ない人が少ないこと。肉や魚は1日2回程度摂取していること。野菜はほぼ1日3回以上摂取していること。豆腐・納豆はほぼ1週間に2~3回摂取していること。卵はほぼ1週間に2~3回摂取していること。果物は1週間に2~3回摂取していること。甘味のある飲物(コーラー、コーヒー、ジュースなど)は肥満の人が多く飲んでいること。お菓子(おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など)は肥満の人が多く食べていることから主食・主菜・副菜においては全体的にみると適切に食べているとみられるが、肥満のある入居者は甘味のある飲物、お菓子などの摂取頻度等について考慮する必要があることが示された。

入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロールあり群別に比較した結果における身体的特徴では、食事コントロール群において男性・女性とも年齢が高いこと。栄養課題あり群において体重の平均値が高く、BMI 値が高かったこと。既往および治療中の疾患である高血圧、糖尿病、疾病を改善するための肥満は、栄養課題なし群、栄養課題あり群、食事コントロール群の順で高率を示していること。現在服用している薬として高血圧薬、糖尿病薬、高脂血症薬では疾患と同様に栄養課題なし群、栄養課題あり群、食事コントロール群の順で高い服用率であり、向精神薬については栄養課題なし群、食事コントロール群、栄養課題あり群の順で高率になっていたこと。喫煙歴では、過去にタバコを吸っていた人も含めた喫煙歴のあった入居者は栄養課題なし群より栄養課題あり群と食事コントロール群の入居者に多かったことから栄養に何らかの課題がある入居者は生活習慣病である高血圧や糖尿病などの疾病を持ち、その疾病を改善するための薬を服用している率が高く、喫煙歴があることがわかった。身体活動レベルにおける移動手段では大きな差はないことがわかった。また、「同年齢の他の人と比べて健康だと思いますか？」という健康感では、栄養課題なし群が高く、栄養課題あり群と食事コントロール群で低かったこと。過去6カ月の体重増加では、2~3 kg増加した割合が多かったのは栄養課題あり群、食事コントロール群であったこと。「食事を美味しいと感じますか？」という食事に対する意識では、栄養課題あり群より栄養課題なし群、食事コントロール群で美味しいと感じていること。咀嚼機能レベルでは、栄養課題あり群より栄養課題なし群、食事コントロール群でわずかに高かったこと。食欲の有無では、栄養課題あり群より栄養課題なし群、食事コントロール群で食欲のある入居者がわずかに多かったこと。食べることへの興味では、栄養課題あり群、食事コントロール群、栄養課題なし群の順でわずかに興味が増えていたことから栄養課題ありの入居者は食事コントロールあり、栄養課題なしの入居者と比較すると食事を美味しく感じるものが少なく、食べることに興味もあまり持たず健康感も低いことがわかった。なお、食事内容では、食事の回数や食品（群）の摂取頻度においては群別の大きな差はなく、全体的には BMI 群別と同様であったが、甘味のある飲物（コーラー、コーヒー、ジュースなど）は栄養課題ありの入居者が多く飲んでいること。お菓子（おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など）は栄養課題ありの入居者が多く食べていることから主食・主菜・副菜においては全体的にみると適切に食べているとみられるが、栄養課題ありの入居者は甘味のある飲物、お菓子などの摂取頻度等について考慮する必要があることが示された。

栄養課題がある入居者のやせ群、普通群（身体機能レベルや食べることへの意向や食べる回数、食べ物の内容や量に課題がある群）、肥満群別に比較した結果における身体的特徴では、年齢と身長平均値においては群別による差はないものの体重と BMI の平均値においては大きな差があり、特に肥満群の BMI の平均値が男性、女性とも高いという特徴がみられたこと。既往および治療中の疾患である高血圧、糖尿病では、やせ群、肥満群、普通群の順で高率を示していること。現在服用している薬として高血圧薬は普通群、肥満群の順で高い服用率であり、糖尿病薬、向精神薬、高脂血症薬は肥満群、普通群の順で高い服用率であったこと。喫煙歴では、過去にタバコを吸っていた人も含めた喫煙歴のある入居者はやせ群と肥満群より普通群の入居者に多かったことから普通群（身体機能レベルや食べることへの意向や食べる回数、食べ物の内容や量に課題がある群）の入居者は生活習慣病である高血圧や糖尿病などの疾病を持ち、

その疾病を改善するための薬を服用している率が高く、喫煙習慣があることがわかったこと。これらのことから肥満ややせはもちろんであるが、BMI は普通であっても栄養等に何らかの課題があると判定された入居者においては、生活習慣病の予防・改善を視野に入れた食生活・栄養支援の必要性が強く示唆された。

なお、身体活動レベルにおける移手段では大きな差はなかったこと。外出が月 1 回より少ない人は肥満群とやせ群でおおむね多く、外出回数が多くなるにしたがって普通群や肥満群の人が外出している割合が高いことがわかった。また、「同年齢の他の人と比べて健康だと思いますか？」という健康感では、健康だと思っている人はやせ群、肥満群より普通群がその割合が低く、健康だと思わない人の割合は高かったこと。過去 6 カ月の体重増加では、やせ群、普通群、肥満群の順で体重増加の割合が高くなっていったこと。「食事を美味しいと感じますか？」という食事に対する意識では、やせ群、普通群より肥満群で美味しいと感じており、美味しいと思わない人は普通群で割合が高かったこと。咀嚼機能レベルにおいて何でも噛める人は、やせ群、普通群より肥満群で割合が高いが、噛めないものがある人は普通群が多かったこと。食欲の有無ではやせ群・普通群より肥満群でわずかに高かったこと。食べることへの興味では、やせ群、普通群より肥満群で食べることへの興味がある割合が高かったが、肥満群・やせ群より普通群で興味がない人の割合が高かったこと。また、食事内容においては、1 日の食事の回数では群別による大きな差はなかったが、主食の量では普通群がやや多めの摂取量になっていたこと。肉や魚はやせ群・普通群で肥満群より摂取頻度が少なかったこと。野菜は普通群で 1 日 1 回程度以下が多いこと。豆腐・納豆と卵は普通群で週 1 回程度以下が多いこと。果物はやせ群で週 1 回程度以下が多いこと。甘味のある飲物（コーラー、コーヒー、ジュースなど）は普通群でコップ 3 杯以上飲んでいる入居者が多いこと。お菓子（おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など）は普通群や肥満群の入居者が多く食べていることから、普通群ややせ群の食生活・栄養支援の必要性と支援内容が明確になった。特に、普通群や肥満群の入居者においては、甘味のある飲物、お菓子などの摂取頻度等について考慮する必要があることが強く示唆された。

食事調査では、摂取エネルギー量の BMI 群別や栄養課題あり・なしおよび食事コントロールあり別や栄養課題ありの BMI 別平均摂取量では、比較群間において大きな差はないものの標準偏差値からみると個人間で大きな差があることがわかったこと。ビタミン B₁ と食物繊維が摂取不足であり、ナトリウムが過剰摂取となっており、カリウムが女性で摂取不足であったこと。BMI 群別にみた食品（群）摂取量では、穀類、魚介類、肉類、卵類、豆類においては性別、BMI 群別による大きな差はなかったが、緑黄色野菜、その他の野菜は男女とも肥満している入居者の摂取量が少なく、いも類は男性の肥満の入居者の摂取量が少なく、きのこ類、海藻類、果実類、乳類については男性より女性の方が多く摂取していたことがわかった。コーラ類については女性より男性の方が多く摂取しており、やせ・普通・肥満の順で摂取量が多くなっており、酒類については女性より男性の摂取量が多かったが、男性は BMI 群間での差はなく、女性ではやせの入居者の摂取量が多かったこと。菓子類は女性より男性の摂取量が少なく、男性は肥満している入居者が一番多く摂取しており、次いでやせ、普通の順に摂取量が少なくなっていることがわかった。同様に栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別にみ

ると、穀類、魚介類、肉類、卵類、豆類においては大きな差はなかったこと。緑黄色野菜、その他の野菜については食事コントロールをしている入居者の摂取量が少なく、いも類は女性の食事コントロールをしている入居者の摂取量が少なく、きのこ類、海草類、果実類、乳類については男性より女性の摂取量が多かったこと。中でもきのこ類と乳類は食事コントロールをしている入居者が、海草類と果実類は栄養課題なしの入居者が多く摂取していること。コーラ類については栄養課題ありの入居者が多く摂取していたこと。酒類については女性より男性の方が多く摂取していること。菓子類は女性より男性の摂取量が少ないが、男性の栄養課題なしの入居者が一番少ない摂取量であったこと。

特に、前述の栄養課題ありの入居者をやせ群・普通群（生活環境や身体機能や食べ物の内容や量に課題がある群）・肥満群の BMI 別にみると、魚介類は女性のやせ群と肥満群でわずかに摂取量が多く、緑黄色野菜、その他の野菜については男女ともやせ群において摂取量が少なかったこと。いも類は男性の肥満群の摂取量が少なく、女性の普通群の摂取量が少なかったこと。きのこ類、海草類、果実類については女性のやせ群で摂取量が少なかったこと。乳類については男性と女性および BMI によっても差があったこと。コーラ類については女性より男性の方が多く摂取しており、普通群と肥満群ではやせ群より 2 倍の摂取量となっていたこと。酒類については女性より男性の摂取量が多く、男女ともやせ群が多く摂取していたこと。菓子類では大きな差はなかったが、男性のやせ群の摂取量が一番少なかったこと。などからももちろん個人差はあるものの栄養に課題のある入居者は、栄養素摂取量において摂取が少ないとされている栄養素に由来する食品（群）での摂取量が少ないことが示唆された。また、肥満のある女性が甘味のある飲物やお菓子を多く摂取していることから、今後の食生活・栄養支援において、甘い飲み物やお菓子に関する情報を整理し、食生活・栄養支援に使用する資料作成の必要性を明らかにした。

世話人の調査では、食事計画を立案している施設が約 57%、そのうち食事計画に関する会議を開催している施設は約 55% であり、食事計画と献立の検討では約 3 割の施設が月 1 回程度開催、食事内容と食事計画の評価では月 1 回程度あるいは 2~3 か月に 1 回開催の施設が約 2 割あったこと。会議の参加者は世話人とサービス管理者が多く、栄養士と入居者の参加（参加率：栄養士約 15%・入居者約 12%）が少なく、利用者も含めた多職種協働による取り組みがなされていないことがわかった。世話人と入居者が一緒に取り組んでいる食事に関わる取り組みの種類と頻度では、食事の買い物、食事の準備、一緒に料理をする、食事の後片付けについては食事計画を立案している施設においての実施率が高かったこと。定期的な身体計測は食事計画の立案あり・なしに関わらず実施されていることがわかった。また、入居者の実態調査では、食べ物に興味がある、食事の準備や後片付けをする、お料理を作ることが好きに関しては、立案している施設で有意に率が高かったこと。残さずに食べる、食べるのが好き、食事の姿勢がよい、お箸の持ち方がじょうず、よく噛んで食べている、夕食前にお腹がすいたと言う、体を動かすことをするに関しては、食事計画を立案している施設でその率がわずかに高かったことから食事計画を立案して取り組むことの必要性が示唆された。

世話人の食事に関する実態では、「いただきます」の挨拶を毎回する、お料理を作るのは好きである、利用者に食べ物の話をするに関しては、食事計画を立案している施設で有意にその

率が高かったこと。お料理を作るのは得意である、利用者と一緒に夕食を食べるに関しては、食事計画を立案している施設でその率がわずかに高かった。世話人と利用者との話題においても食べもののなまえなどのこと、食べ物と健康の関係のこと、食べ物をよく噛むことについては、食事計画の立案あり・なしにかかわらず約70%施設で取り組まれていたこと。ただし、味付けや料理のことに関しては、立案をしている施設で有意にその率が高かったことから、食事計画を立案して取り組むことにより食べることへの関心と入居者への働き掛けが向上されることが示唆された。

世話人の食事に対する考えに関しては、食事バランスの適切なとり方を教えること、食事時のあいさつ、歯磨きと歯の大切さの関係を教えることでは90%以上、食べ物と健康の関係を教えること、身体計測の結果を見てやせや肥満を確認すること約80%、行事食を伝えること、楽しんで食べる環境（場所、マナー、音楽等）づくりでは約70%の世話人が必要と考えていることがわかった。

調査方法の問題点として、（1）障害者用簡易型栄養状態アセスメント質問票の内容を十分に説明できなかった点、（2）簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）の記入の仕方を十分に説明できなかった点、（3）各種調査の方法と各種要因の影響を十分に検討できなかった点があげられる。しかし、（1）と（2）における問題は、データ入力時に再度確認して解析に関するバイアスを極力減らすことができていると考える。なお、今回の調査協力した施設や担当者が全国のそれを代表し得るか否かについては、別途、詳細な検討を要するものの、今回得られた結果は、協力した施設やグループホーム入居者における実態をほぼ正しく表しているものと考えられた。

調査期間中に24年度障害福祉サービス報酬改定に向けての準備などで協力施設や担当者の状況は大きく変化しており、栄養マネジメント体制の準備等に時間を費やしている施設が増えてきている。入所施設での栄養マネジメントはもちろんであるが、グループホーム・ケアホーム等の入居者が健康で自己実現を目指した生活をするためには、栄養マネジメント機能を有する栄養改善が必要であり、それぞれの入居者に合った食生活・栄養支援の手法や技術が求められており、その対応を早急に、適切に行うために様々な角度からの検討を要するものと考えられる。なお、これらの結果から簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）の個人結果帳票を基に、食習慣指導補助カードを活用しながらモデル的に食生活・栄養支援に取り組んだが、支援の過程で栄養マネジメント様式（試作版）を使用した結果を報告しており、取り組まれた施設の担当者の食生活・栄養支援の技術を高めることができたものとする。

以上、今回の結果は、グループホーム・ケアホームの入居者の食生活・栄養状態及び食生活・栄養支援の実態とその世話人の食生活・栄養支援への真のニーズを直接に証明したものであり、食生活・栄養支援の必要性やその手法や技法の重要性を強く示すものであると考えられる。

図一覧

図1-1	グループホーム入居者のBMI群別の身長(男女)
図1-2	グループホーム入居者のBMI群別の体重(男女)
図1-3	グループホーム入居者のBMI群別のBMI値(男女)
図2	グループホーム入居者のBMI群別の既往および治療中の疾患(男女)
図3	グループホーム入居者のBMI群別の現在服薬中の薬(男女)
図4	グループホーム入居者のBMI群別の喫煙歴(男女)
図5	グループホーム入居者のBMI群別の移動手段(男女)
図6	グループホーム入居者のBMI群別の1カ月当たりの外出数(男女)
図7	グループホーム入居者のBMI群別の健康感(男女)
図8	グループホーム入居者のBMI群別の過去6ヶ月間の体重増加(男女)
図9	グループホーム入居者のBMI群別の食事は美味しく感じる意識(男女)
図10	グループホーム入居者のBMI群別の咀嚼機能のレベル(男女)
図11	グループホーム入居者のBMI群別の食欲の有無(男女)
図12	グループホーム入居者のBMI群別の食べることへの興味(男女)
図13	グループホーム入居者のBMI群別の1日の食事回数(男女)
図14	グループホーム入居者のBMI群別の1日の主食の摂取量(男女)
図15	グループホーム入居者のBMI群別の1日の肉や魚の摂取回数(男女)
図16	グループホーム入居者のBMI群別の1日の野菜の摂取回数(男女)
図17	グループホーム入居者のBMI群別の1週間の豆腐・納豆の摂取回数(男女)
図18	グループホーム入居者のBMI群別の1週間の卵の摂取回数(男女)
図19	グループホーム入居者のBMI群別の1週間の果物の摂取回数(男女)
図20	グループホーム入居者のBMI群別の1日の甘味のある飲物の摂取量(男女)
図21	グループホーム入居者のBMI群別の1日のお菓子の摂取回数(男女)
図22-1	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の身長
図22-2	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の体重
図22-3	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別のBMI値
図23	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の既往及び治療中の疾患(男女)
図24	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の現在服薬中の薬(男女)
図25	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の喫煙歴
図26	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の移動手段(男女)
図27	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1カ月当たりの外出数(男女)
図28	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の健康感(男女)
図29	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の過去6ヶ月間の体重の増加(男女)
図30	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の食事は美味しく感じる意識(男女)
図31	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の咀嚼機能のレベル(男女)
図32	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の食欲の有無(男女)
図33	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の食べることへの興味(男女)
図34	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1日の食事回数(男女)
図35	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1日の主食の摂取量(男女)
図36	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1日の肉や魚の摂取回数(男女)
図37	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1日の野菜の摂取回数(男女)
図38	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1週間の豆腐・納豆の摂取回数(男女)
図39	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1週間の卵の摂取回数(男女)
図40	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1週間の果物の摂取回数(男女)
図41	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1日の甘味のある飲物の摂取量(男女)
図42	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1日のお菓子の摂取回数(男女)
図43-1	栄養課題がある入居者のBMI群別の身長
図43-2	栄養課題がある入居者のBMI群別の体重
図43-3	栄養課題がある入居者のBMI群別のBMI値
図44	栄養課題がある入居者のBMI群別の既往歴および服薬、喫煙について(男女)
図45	栄養課題がある入居者のBMI群別の現在服薬中の薬(男女)
図46	栄養課題がある入居者のBMI群別の喫煙歴(男女)
図47	栄養課題がある入居者のBMI群別の移動手段(男女)
図48	栄養課題がある入居者のBMI群別の1カ月当たりの外出回数(男女)
図49	栄養課題がある入居者のBMI群別の健康感(男女)
図50	栄養課題がある入居者のBMI群別の過去6ヶ月間の体重の増加(男女)
図51	栄養課題がある入居者のBMI群別の食事は美味しく感じる意識(男女)
図52	栄養課題がある入居者のBMI群別の咀嚼機能のレベル(男女)

図53	栄養課題がある入居者のBMI群別の食欲の有無(男女)
図54	栄養課題がある入居者のBMI群別の食べることへの興味(男女)
図55	栄養課題がある入居者のBMI群別の1日の食事回数(男女)
図56	栄養課題がある入居者のBMI群別の1日の主食の摂取量(男女)
図57	栄養課題がある入居者のBMI群別の1日の肉や魚の摂取回数(男女)
図58	栄養課題がある入居者のBMI群別の1日の野菜の摂取回数(男女)
図59	栄養課題がある入居者のBMI群別の1週間の豆腐・納豆の摂取回数(男女)
図60	栄養課題がある入居者のBMI群別の1週間の卵の摂取回数(男女)
図61	栄養課題がある入居者のBMI群別の1週間の果物の摂取回数(男女)
図62	栄養課題がある入居者のBMI群別の1日の甘味のある飲物の摂取量(男女)
図63	栄養課題がある入居者のBMI群別の1日のお菓子の摂取回数(男女)
図64	グループホームにおける施設内会議の種類および頻度(食事の計画・献立の検討)
図65	グループホームにおける施設内会議の種類および頻度(食事の内容・食事計画の評)
図66	グループホームにおける施設内会議の参加者

グループホームにおける取り組みの種類および頻度

図67	食事の買い物はいつもに行きますか？
図68	食事の準備はしていますか？
図69	料理をいつもにしていますか？
図70	食事の後片付けをいつもにしていますか？
図71	定期的な身体測定
図72	残さずに食べる
図73	食べることが好き
図74	食事時の姿勢がよい
図75	お箸の持ち方がじょうず
図76	よく噛んで食べる
図77	夕食前にお腹がすいたと言う
図78	体を動かすことをする
図79	食べ物に興味がある
図80	食事の準備や後片付けのお手伝いをする
図81	お料理を作ることが好き
図82	いただきますを言う
図83	お料理を作るのは好き
図84	お料理を作るのは得意
図85	利用者といっしょに夕食を食べている
図86	利用者に食べ物の話をする
図87	世話人の利用者との話題
図88	行事食を伝えることは大切
図89	郷土料理・伝統食を伝えることは大切
図90	食事バランスの適切なとり方を教えることは大切
図91	料理のコツなどを教える料理教室は必要
図92	病気(糖尿病・高血圧など)や肥満・やせの相談を受ける必要がある
図93	食事時のあいさつ「いただきます」などは必要
図94	食事の準備をいっしょに行うことは必要
図95	食事の後片付けをいっしょに行うことは必要
図96	簡単に作れる料理などレシピ紹介をすることは必要
図97	楽しく食べる環境づくりは必要
図98	食べ物の旬を教えることは必要
図99	食べ物と健康の関係を教えることは必要
図100	ゆっくりと良く噛んで食べることを教えることは必要
図101	歯磨きと歯の大切さの関係を教えることは必要
図102	身体測定の結果を見てやせや肥満の確認は必要

図 1-1 グループホーム入居者の BMI 群別の身長 (男女)

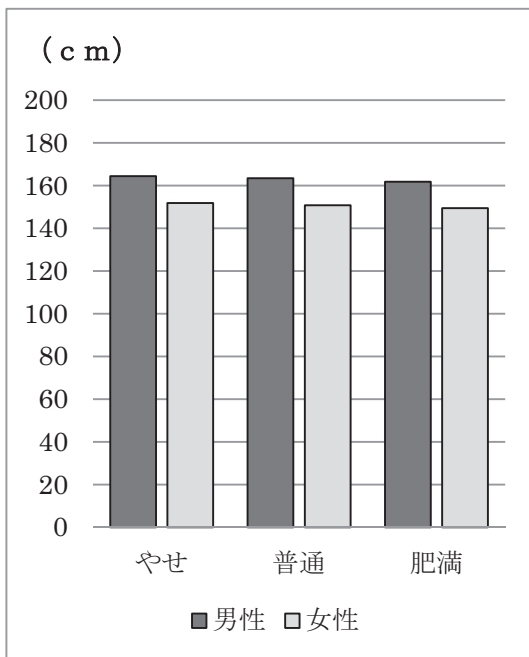
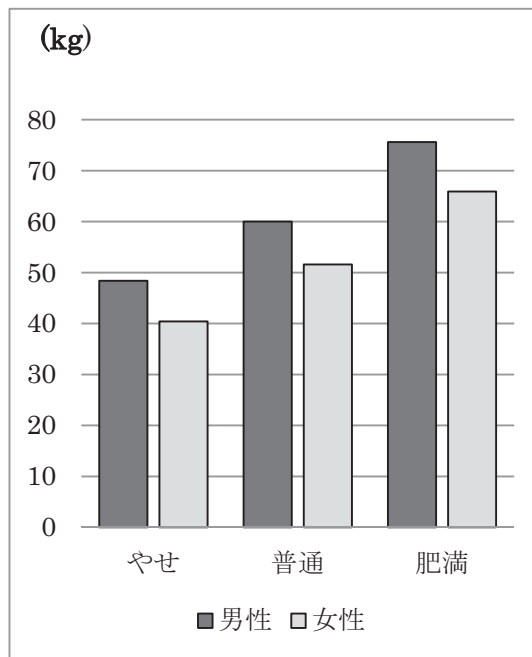
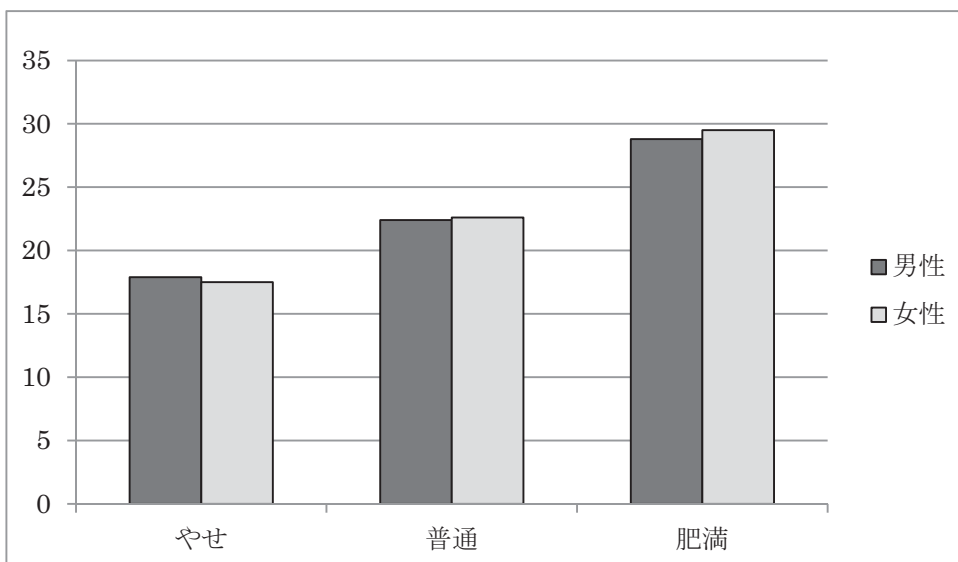


図 1-2 グループホーム入居者の BMI 群別の体重 (男女)



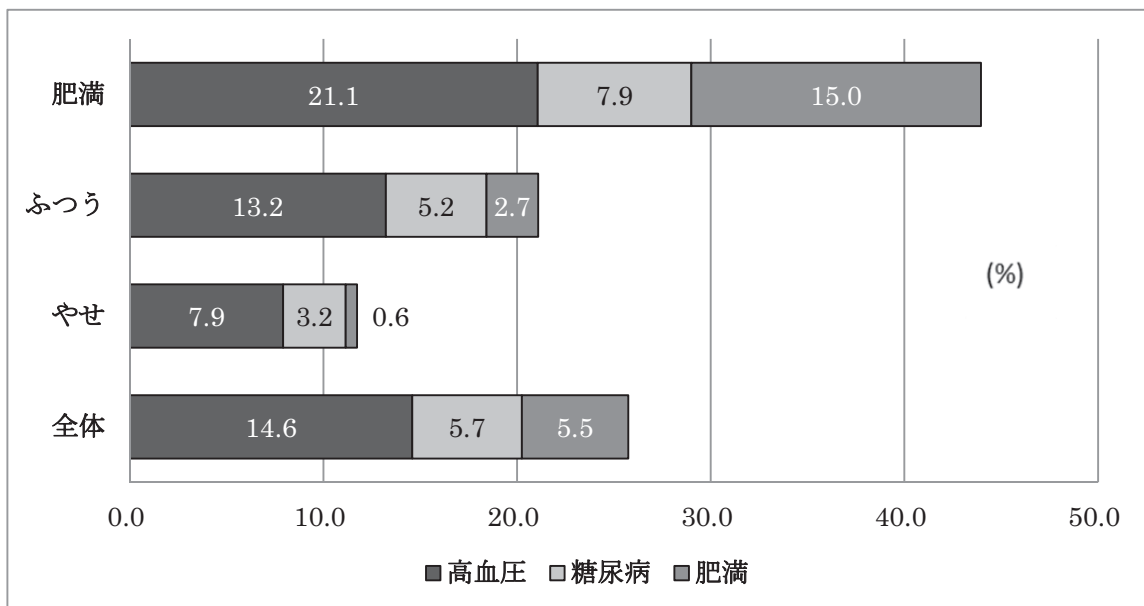
	やせ	普通	肥満		やせ	普通	肥満
男性	164.4	163.4	161.8	男性	48.4	60.0	75.6
女性	151.8	150.8	149.4	女性	40.4	51.6	65.9

図 1-3 グループホーム入居者の BMI 群別の BMI 値 (男女)



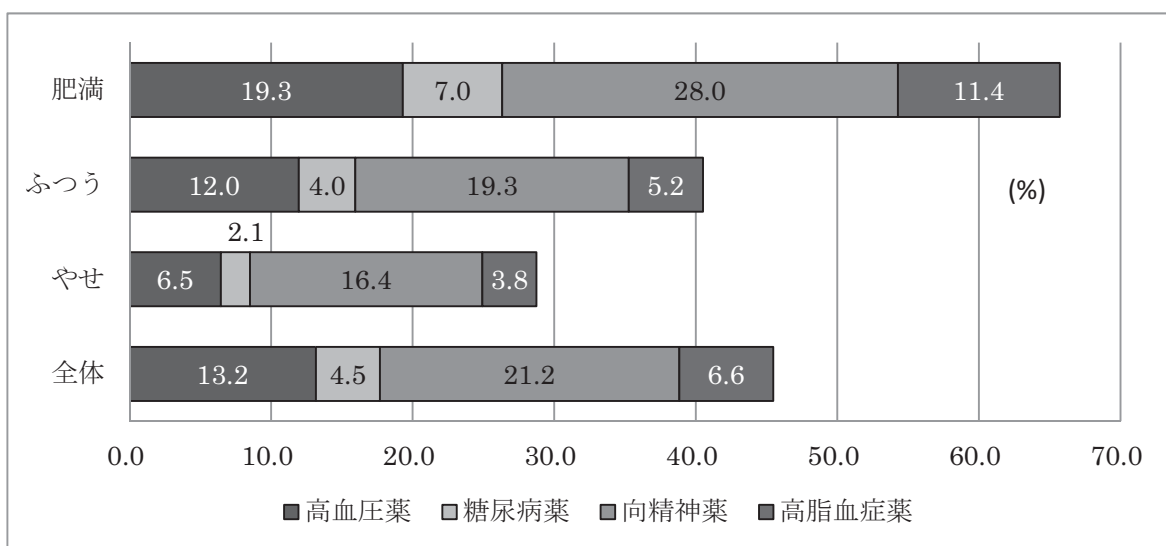
	やせ	普通	肥満
男性	17.9	22.4	28.8
女性	17.5	22.6	29.5

図2 グループホーム入居者のBMI群別の既往及び治療中の疾患(男女)



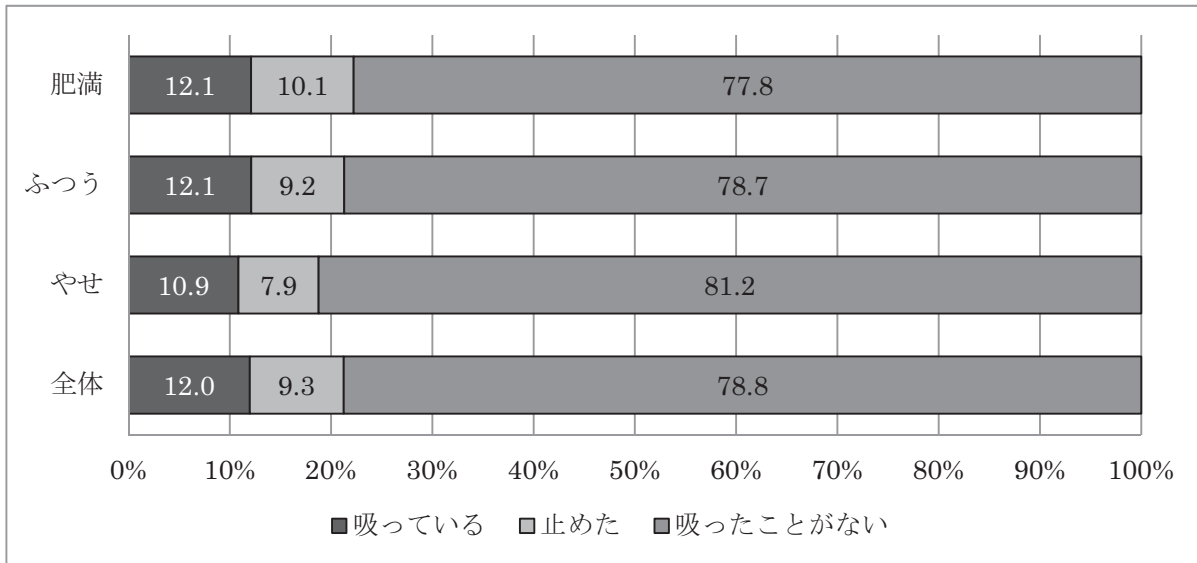
	全体	やせ	ふつう	肥満
高血圧	451	27	262	162
糖尿病	175	11	103	61
肥満	170	2	53	115

図3 グループホーム入居者のBMI群別の現在服薬中の薬(男女)



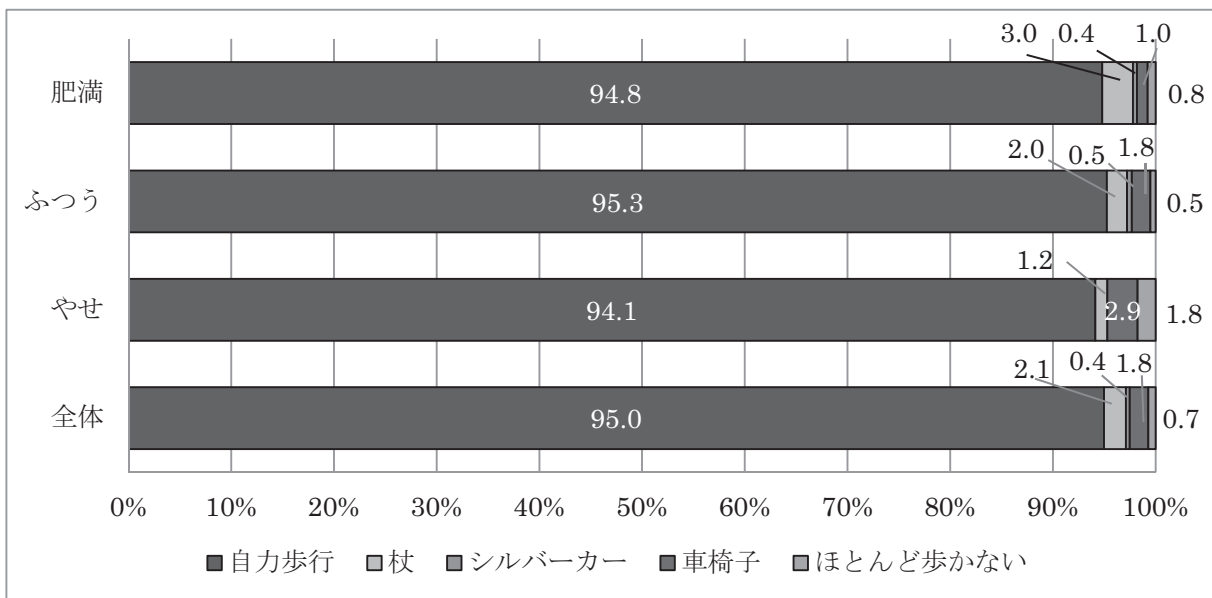
	全体	やせ	ふつう	肥満
高血圧薬	407	22	237	148
糖尿病薬	140	7	79	54
向精神薬	654	56	383	215
高脂血症薬	205	13	104	88

図4 グループホーム入居者のBMI群別の喫煙歴(男女)



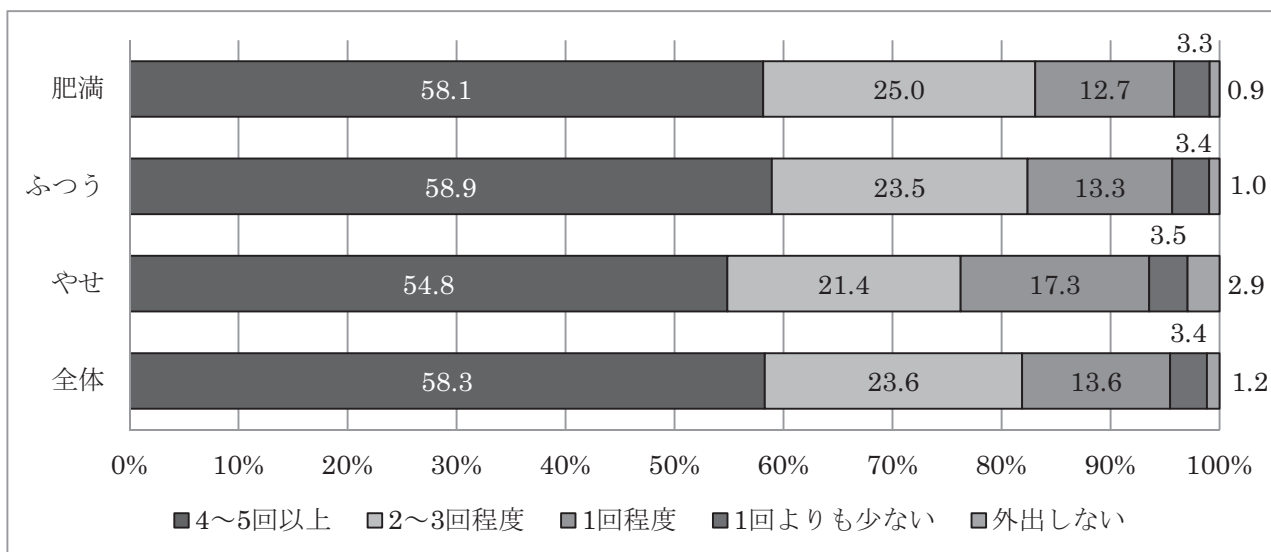
	全体	やせ	ふつう	肥満
吸っている	370	37	240	93
止めた	287	27	182	78
吸ったことがない	2435	277	1560	598

図5 グループホーム入居者のBMI群別の移動手段(男女)



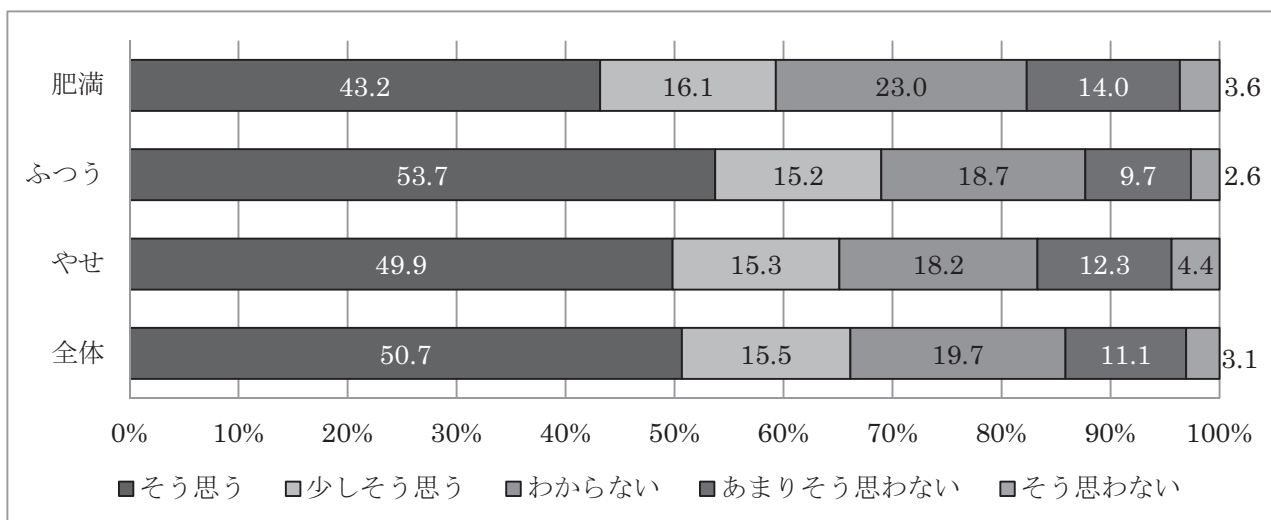
	全体	やせ	ふつう	肥満
自力歩行	2938	321	1888	729
杖	66	4	39	23
シルバーカー	12	0	9	3
車椅子	54	10	36	8
ほとんど歩かない	22	6	10	6

図 6 グループホーム入居者の BMI 群別の一カ月当たりの外出数(男女)



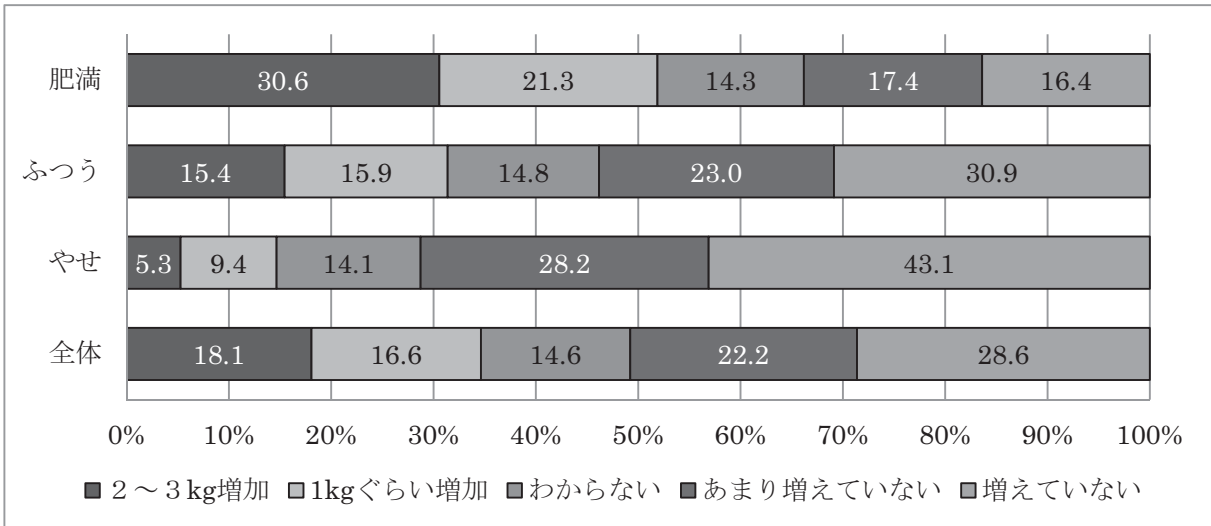
	全体	やせ	ふつう	肥満
4~5 回以上	1802	187	1168	447
2~3 回程度	730	73	465	192
1 回程度	420	59	263	98
1 回よりも少ない	104	12	67	25
外出しない	36	10	19	7

図 7 グループホーム入居者の BMI 群別の健康感(男女)



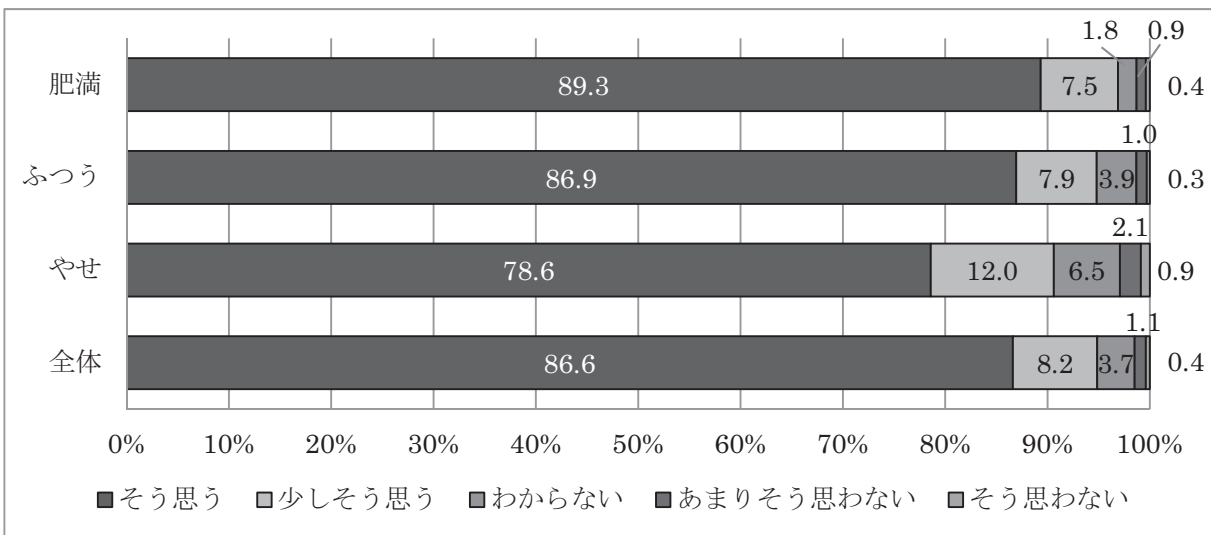
	全体	やせ	ふつう	肥満
そう思う	1567	170	1065	332
少しそう思う	478	52	302	124
わからない	610	62	371	177
あまりそう思わない	342	42	192	108
そう思わない	95	15	52	28

図8 グループホーム入居者のBMI群別の過去6ヶ月間の体重増加(男女)



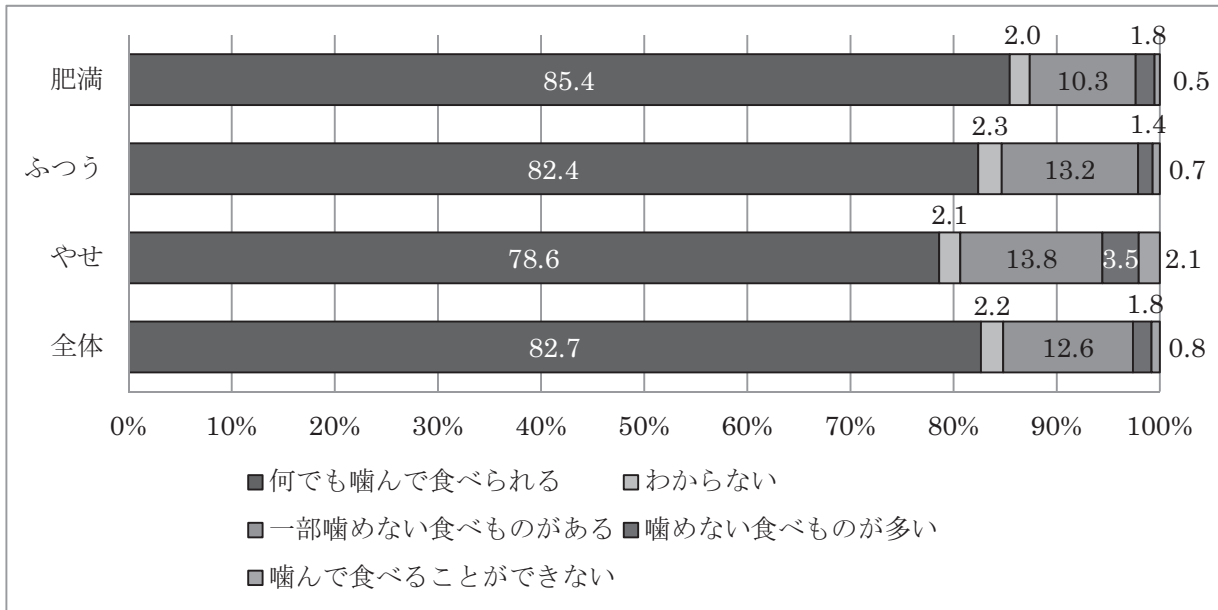
	全体	やせ	ふつう	肥満
2~3kg 増加	559	18	306	235
1kg ぐらい増加	512	32	316	164
わからない	451	48	293	110
あまり増えていない	685	96	455	134
増えていない	885	147	612	126

図9 グループホーム入居者のBMI群別の食事は美味しいと感じる意識(男女)



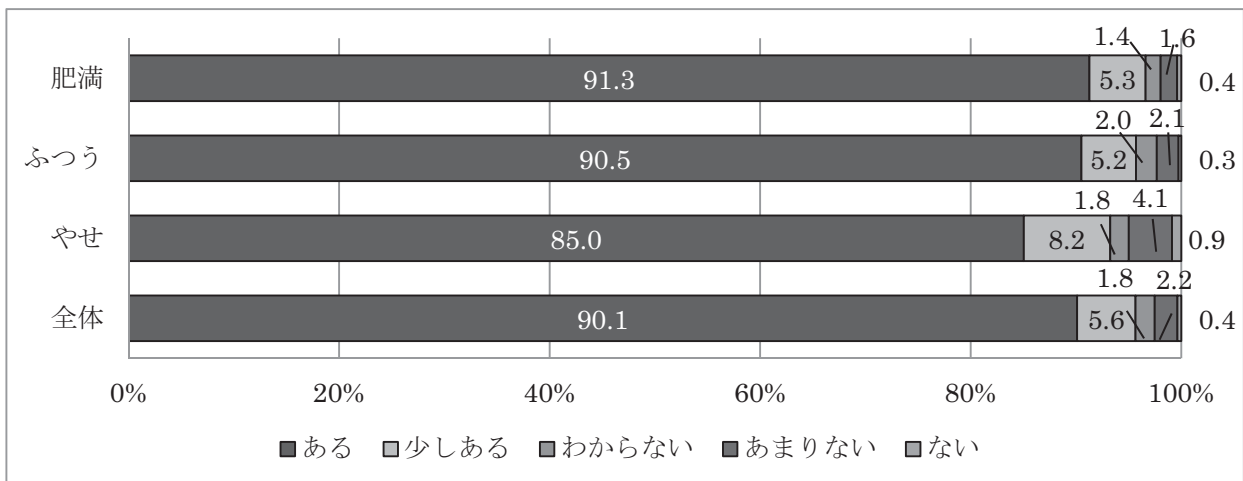
	全体	やせ	ふつう	肥満
そう思う	2678	268	1723	687
少しそう思う	255	41	156	58
わからない	113	22	77	14
あまりそう思わない	34	7	20	7
そう思わない	12	3	6	3

図 10 グループホーム入居者の BMI 群別の咀嚼機能のレベル(男女)



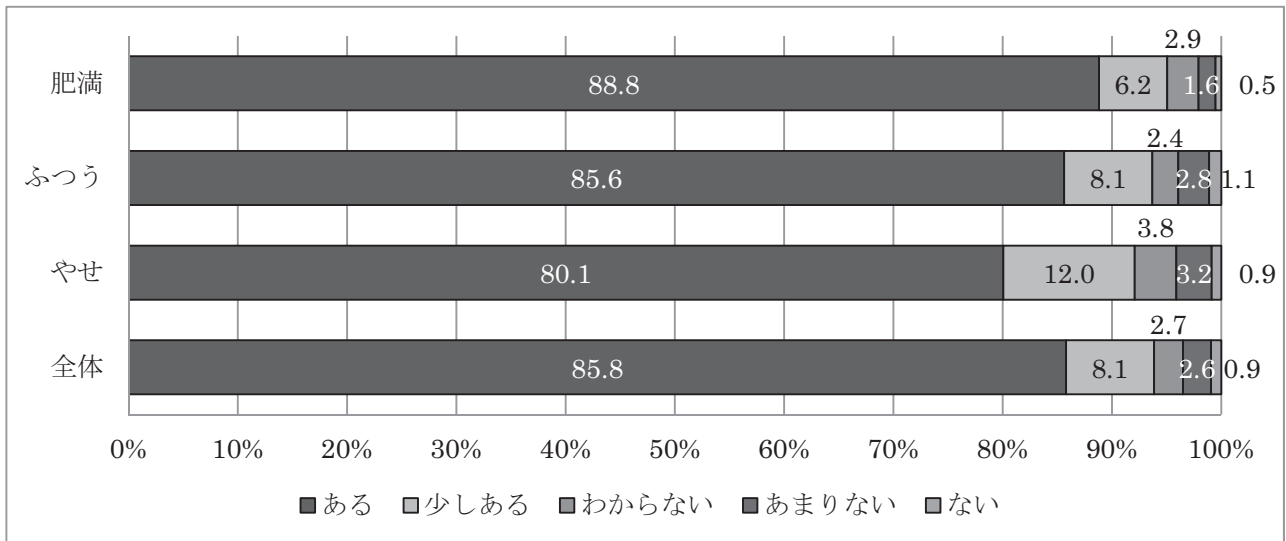
	全体	やせ	ふつう	肥満
何でも噛んで食べられる	2558	268	1633	657
わからない	67	7	45	15
一部噛めない食べものがある	388	47	262	79
噛めない食べものが多い	54	12	28	14
噛んで食べることができない	25	7	14	4

図 11 グループホーム入居者の BMI 群別の食欲の有無(男女)



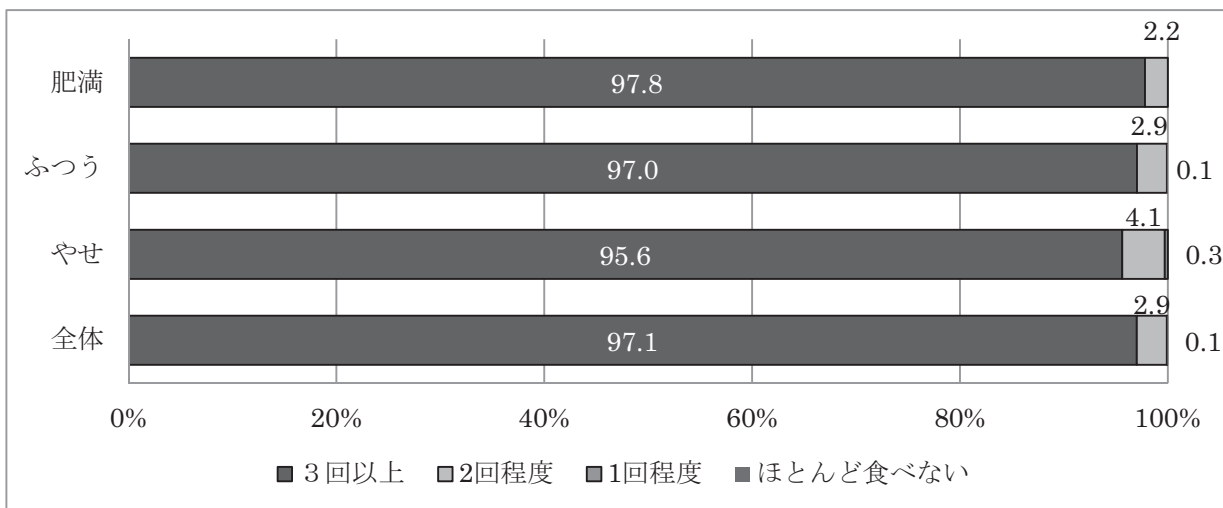
	全体	やせ	ふつう	肥満
ある	2786	290	1794	702
少しある	172	28	103	41
わからない	56	6	39	11
あまりない	67	14	41	12
ない	11	3	5	3

図 12 グループホーム入居者の BMI 群別の食べることへの興味(男女)



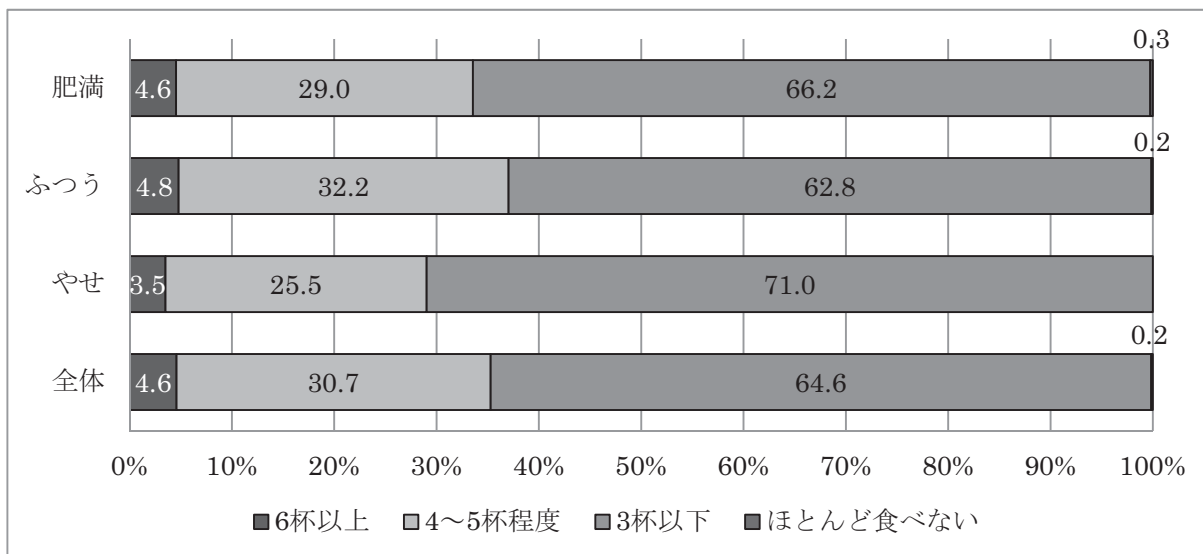
	全体	やせ	ふつう	肥満
ある	2653	273	1697	683
少しある	249	41	160	48
わからない	82	13	47	22
あまりない	79	11	56	12
ない	29	3	22	4

図 13 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 日の食事回数(男女)



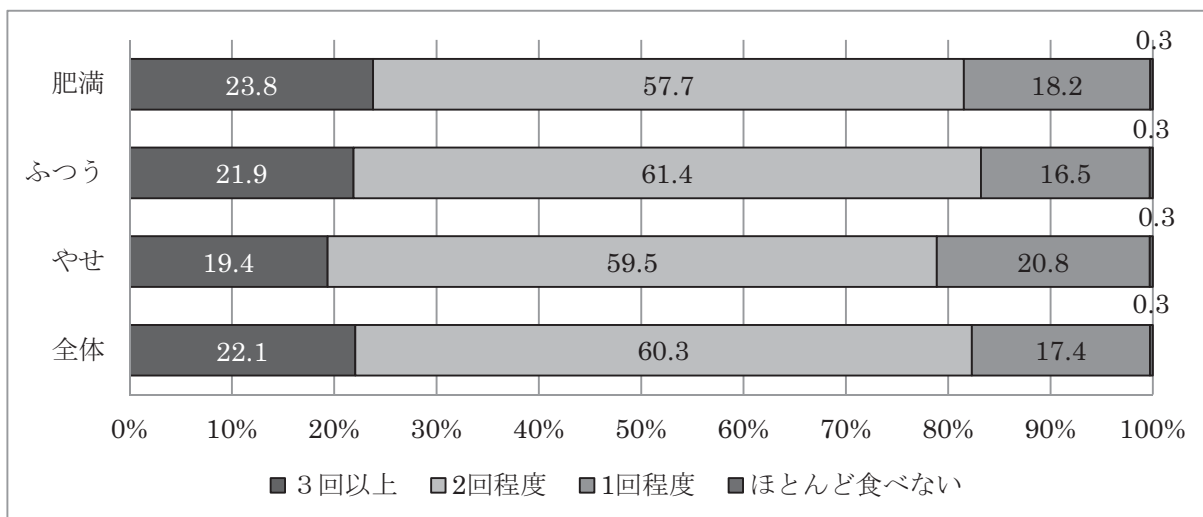
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	3001	326	1923	752
2回程度	88	14	57	17
1回程度	1	1	0	0
ほとんど食べない	2	0	2	0

図 14 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 日の主食の摂取量(男女)



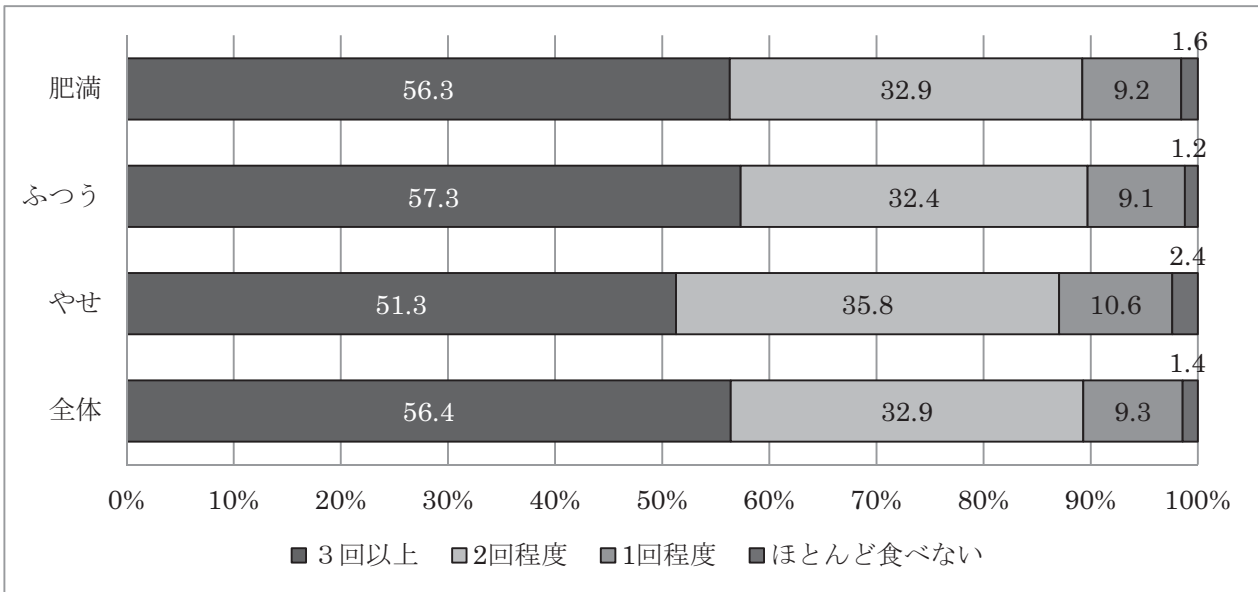
	全体	やせ	ふつう	肥満
6 杯以上	142	12	95	35
4~5 杯程度	949	87	639	223
3 杯以下	1996	242	1245	509
ほとんど食べない	5	0	3	2

図 15 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 日の肉や魚の摂取回数(男女)



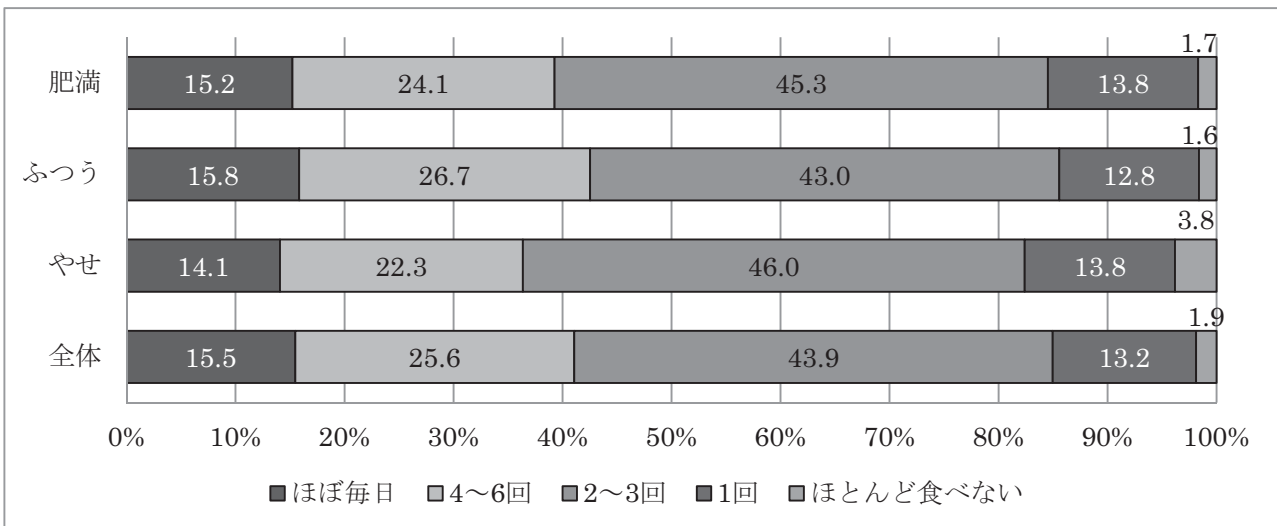
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	682	66	433	183
2 回程度	1863	203	1216	444
1 回程度	538	71	327	140
ほとんど食べない	9	1	6	2

図 16 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 日の野菜の摂取回数(男女)



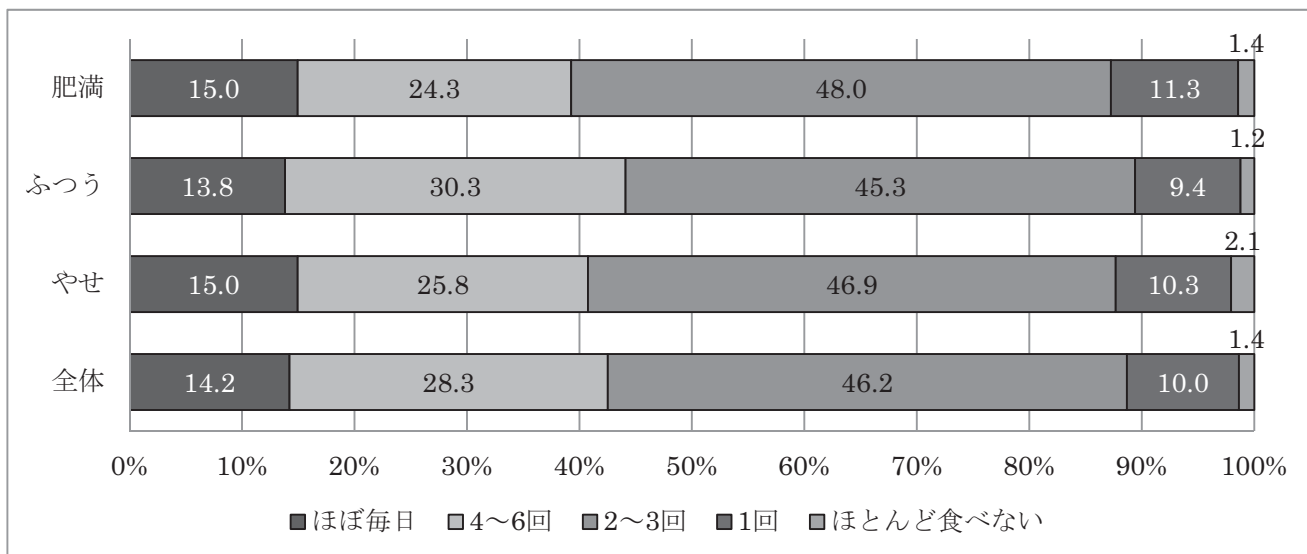
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	1744	175	1136	433
2回程度	1017	122	642	253
1回程度	287	36	180	71
ほとんど食べない	44	8	24	12

図 17 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 週間の豆腐・納豆の摂取回数(男女)



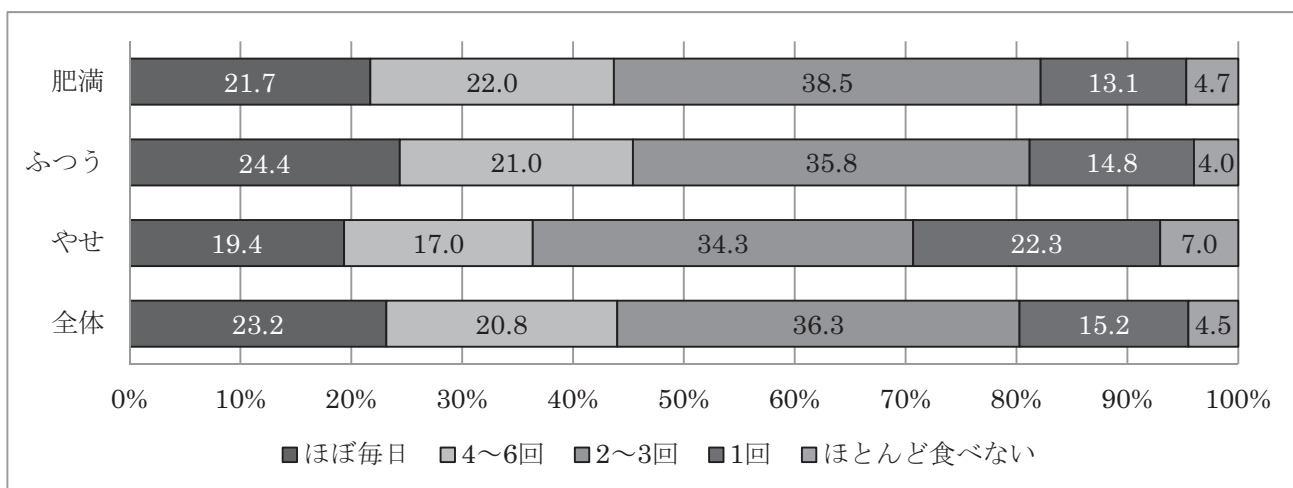
	全体	やせ	ふつう	肥満
ほぼ毎日	479	48	314	117
4~6回	790	76	529	185
2~3回	1358	157	853	348
1回	407	47	254	106
ほとんど食べない	58	13	32	13

図 18 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 週間の卵の摂取回数(男女)



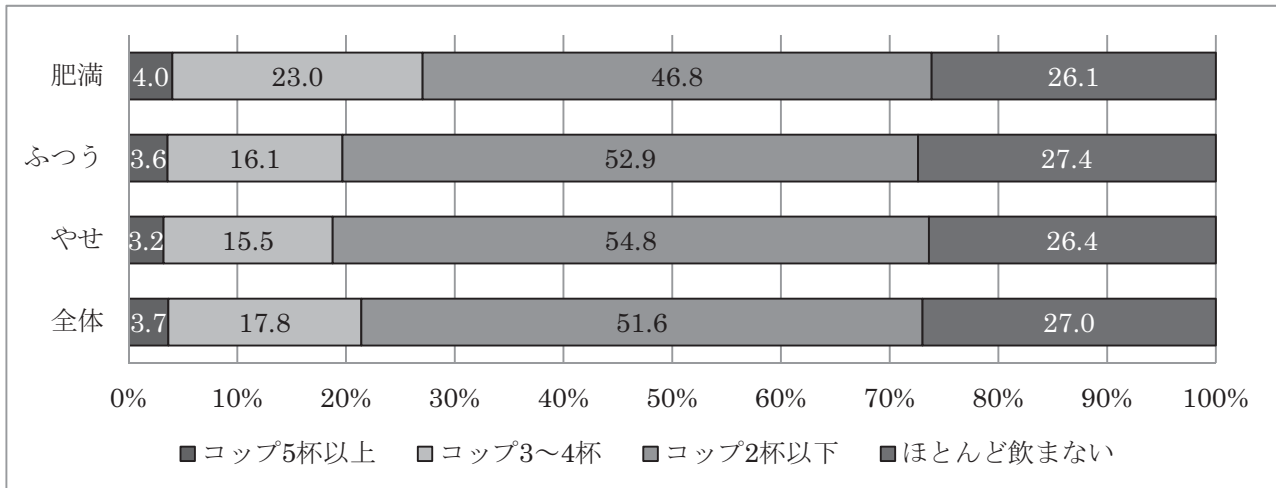
	全体	やせ	ふつう	肥満
ほぼ毎日	440	51	274	115
4~6回	875	88	600	187
2~3回	1427	160	898	369
1回	308	35	186	87
ほとんど食べない	42	7	24	11

図 19 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 週間の果物の摂取回数(男女)



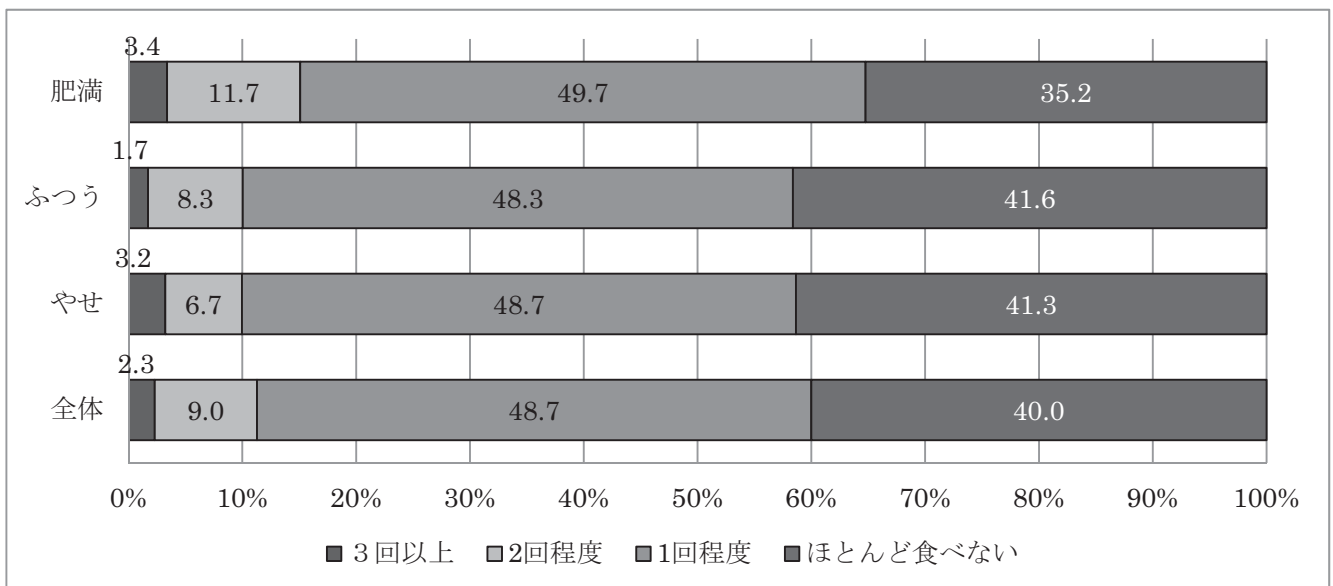
	全体	やせ	ふつう	肥満
ほぼ毎日	716	66	483	167
4~6回	644	58	417	169
2~3回	1122	117	709	296
1回	471	76	294	101
ほとんど食べない	139	24	79	36

図 20 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 日の甘味のある飲物の摂取量(男女)



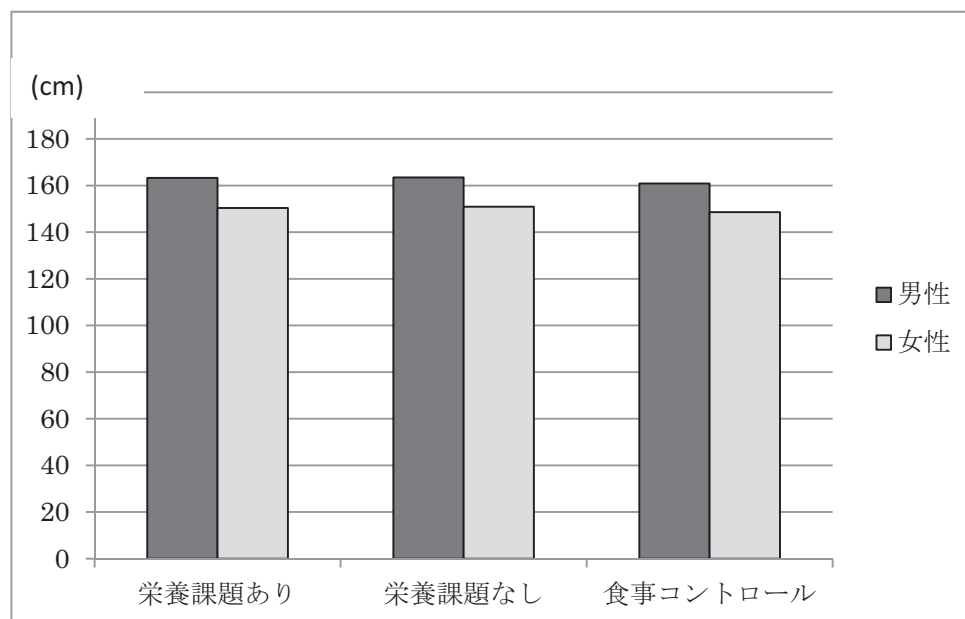
	全体	やせ	ふつう	肥満
コップ 5 杯以上	113	11	71	31
コップ 3~4 杯	549	53	319	177
コップ 2 杯以下	1596	187	1049	360
ほとんど飲まない	834	90	543	201

図 21 グループホーム入居者の BMI 群別の 1 日のお菓子の摂取回数(男女)



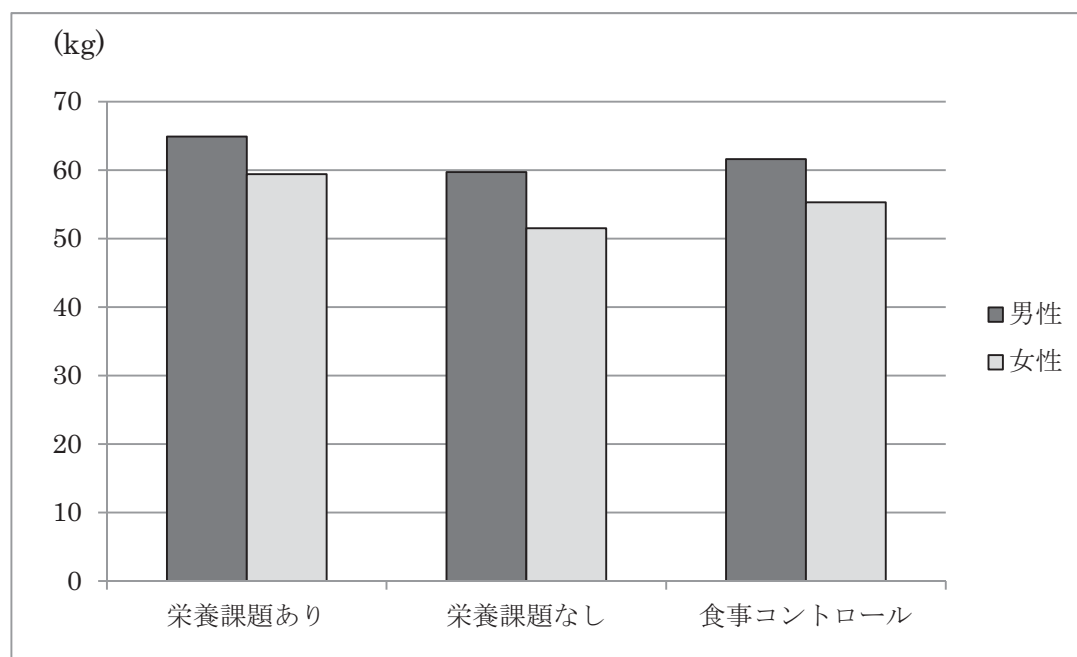
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	71	11	34	26
2回程度	278	23	165	90
1回程度	1506	166	958	382
ほとんど食べない	1237	141	825	271

図 22-1 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の身長



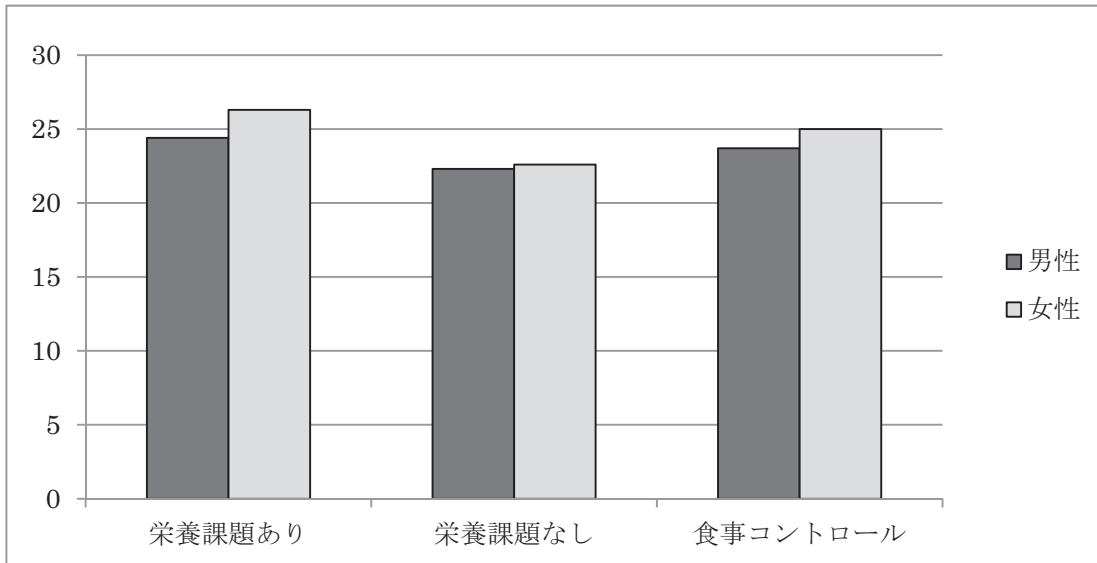
	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
男性	163.3	163.5	160.9
女性	150.4	150.9	148.6

図 22-2 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の体重



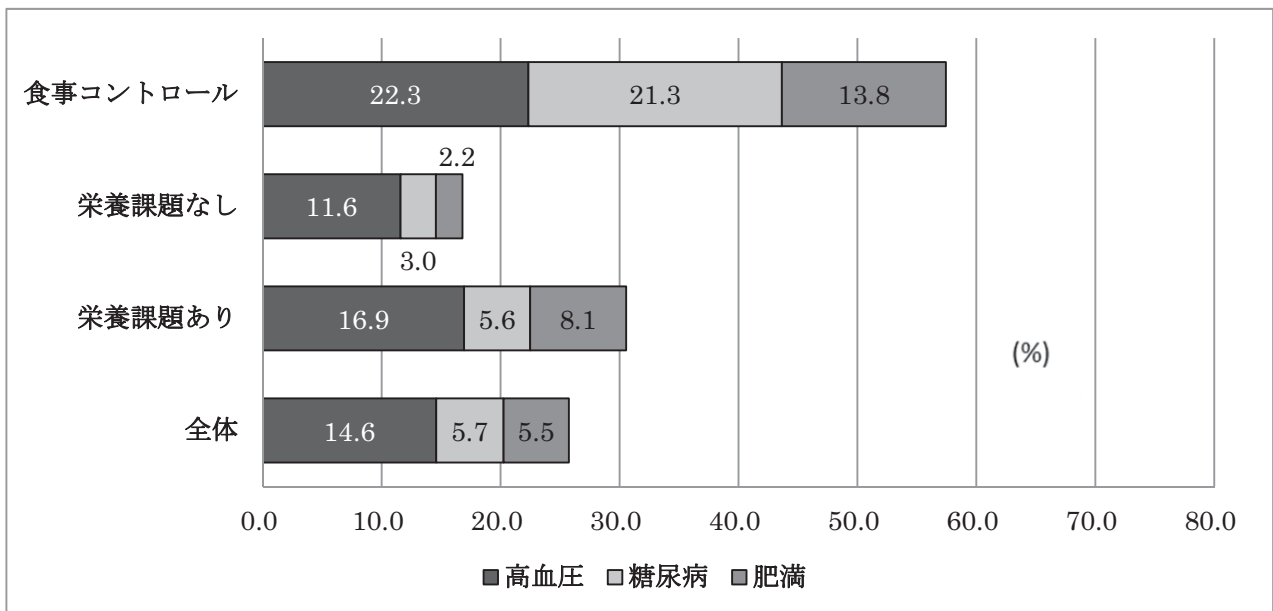
	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
男性	64.9	59.7	61.6
女性	59.4	51.5	55.3

図 22-3 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の BMI 値



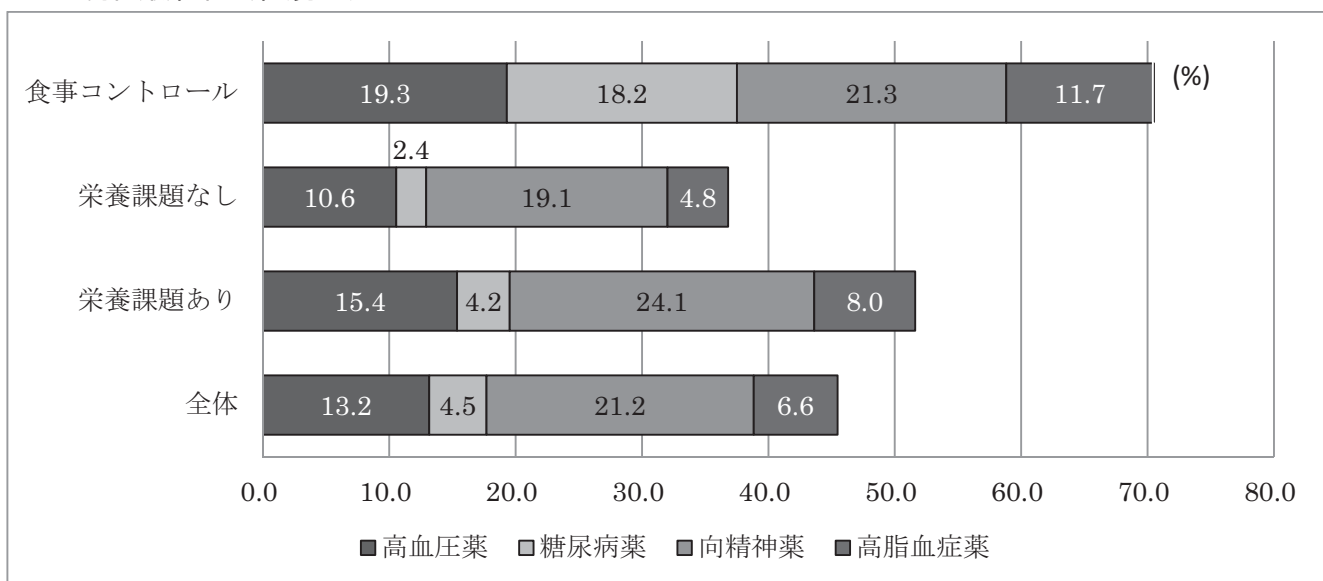
	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
男性	24.4	22.3	23.7
女性	26.3	22.6	25.0

図 23 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の既往及び治療中の疾患(男女)



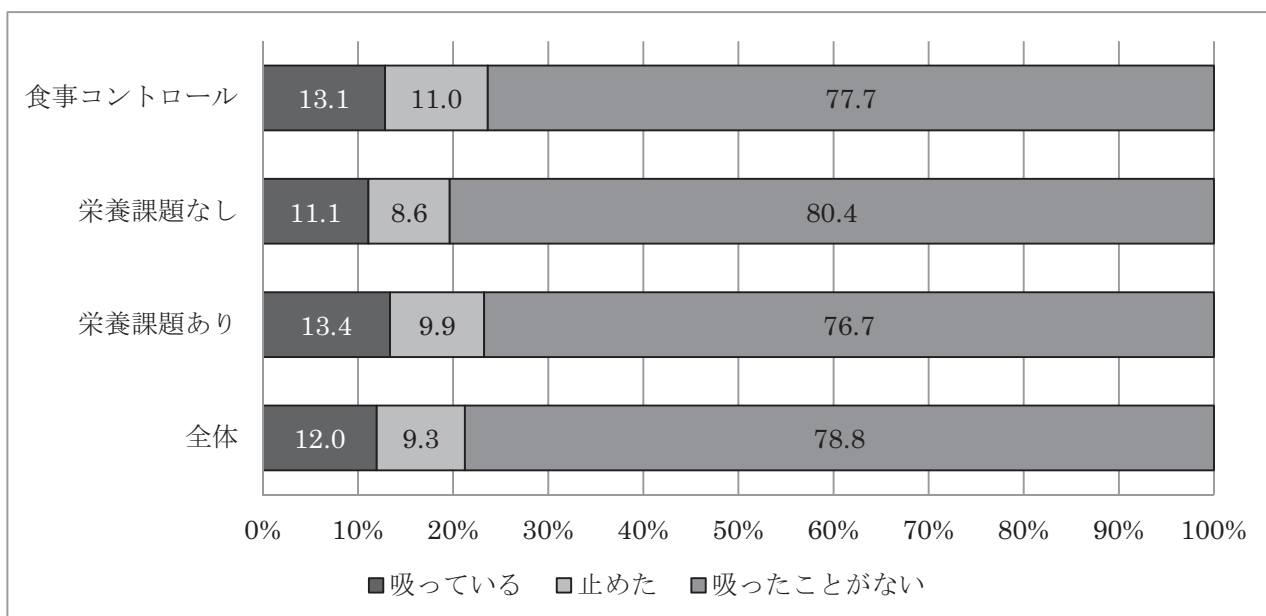
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
高血圧	451	195	191	65
糖尿病	175	64	49	62
肥満	170	93	37	40

図 24 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
現在服薬中の薬(男女)



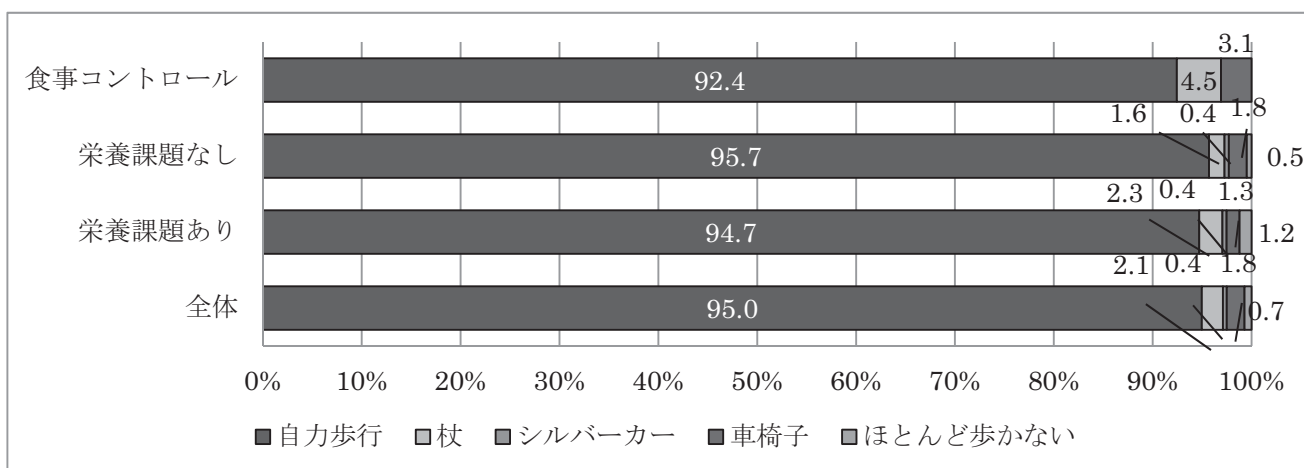
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
高血圧薬	407	177	174	56
糖尿病薬	140	48	39	53
向精神薬	654	277	315	62
高脂血症薬	205	92	79	34

図 25 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の喫煙歴(男女)



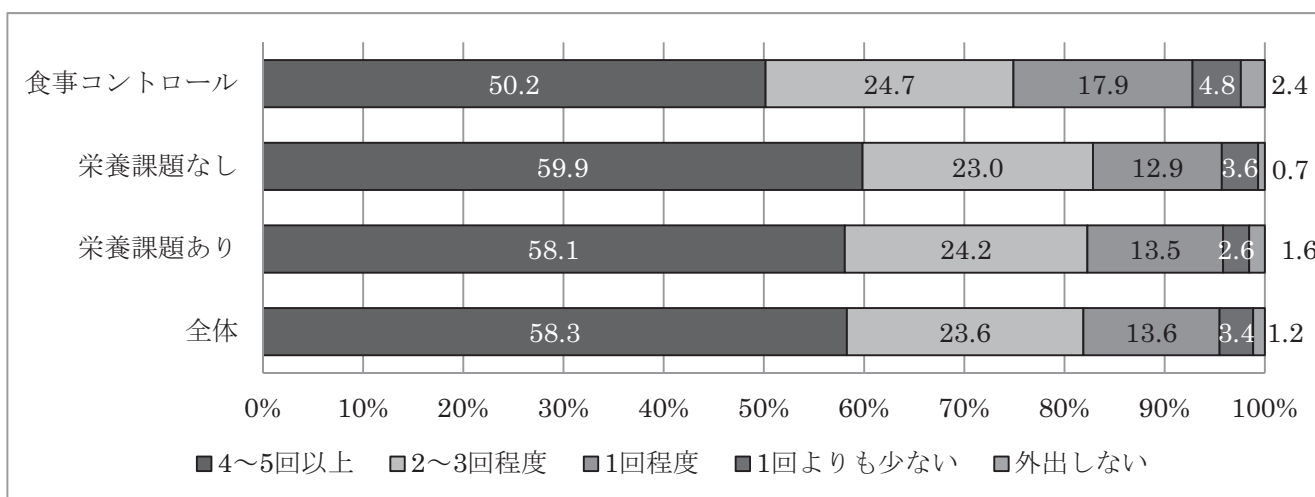
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
吸っている	370	154	183	38
止めた	287	114	141	32
吸ったことがない	2435	884	1325	226

図 26 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の移動手段(男女)



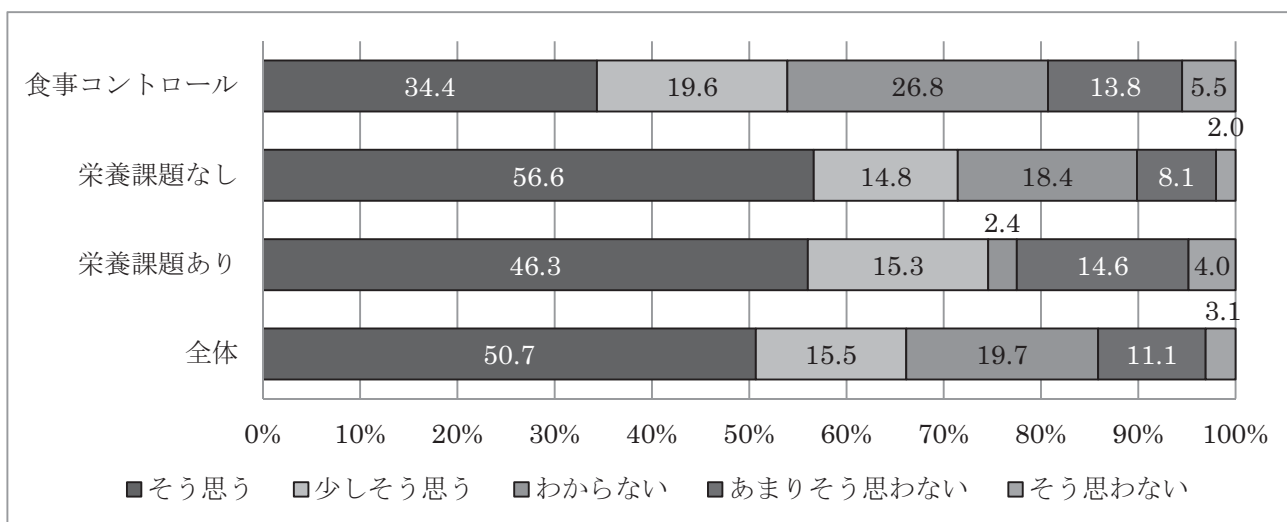
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
自力歩行	2938	1091	1578	269
杖	66	27	26	13
シルバーカー	12	5	7	0
車椅子	54	15	30	9
ほとんど歩かない	22	14	8	0

図 27 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の1カ月当たりの外出数(男女)



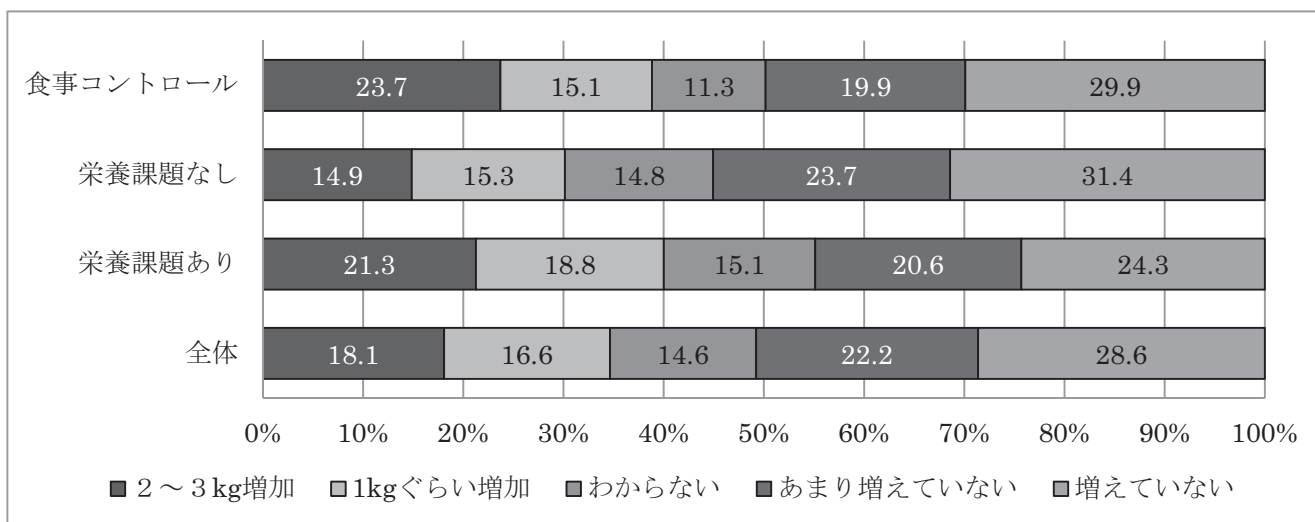
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
4~5回以上	1802	669	987	146
2~3回程度	730	279	379	72
1回程度	420	156	212	52
1回よりも少ない	104	30	60	14
外出しない	36	18	11	7

図 28 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の健康感(男女)



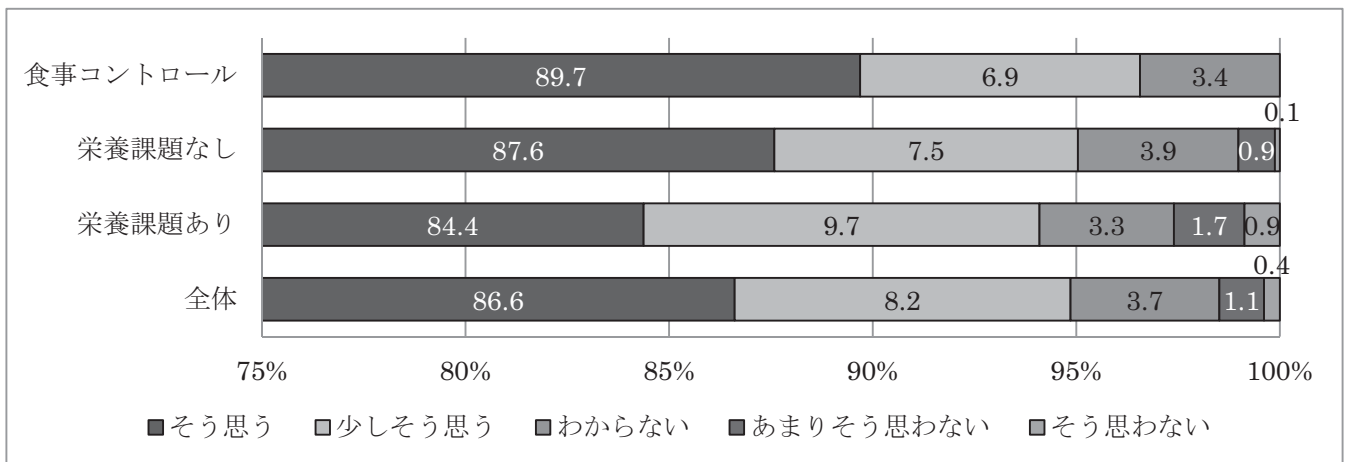
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
そう思う	1567	533	934	100
少しそう思う	478	177	244	57
わからない	610	28	304	78
あまりそう思わない	342	168	134	40
そう思わない	95	46	33	16

図 29 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の過去6ヶ月間の体重増加(男女)



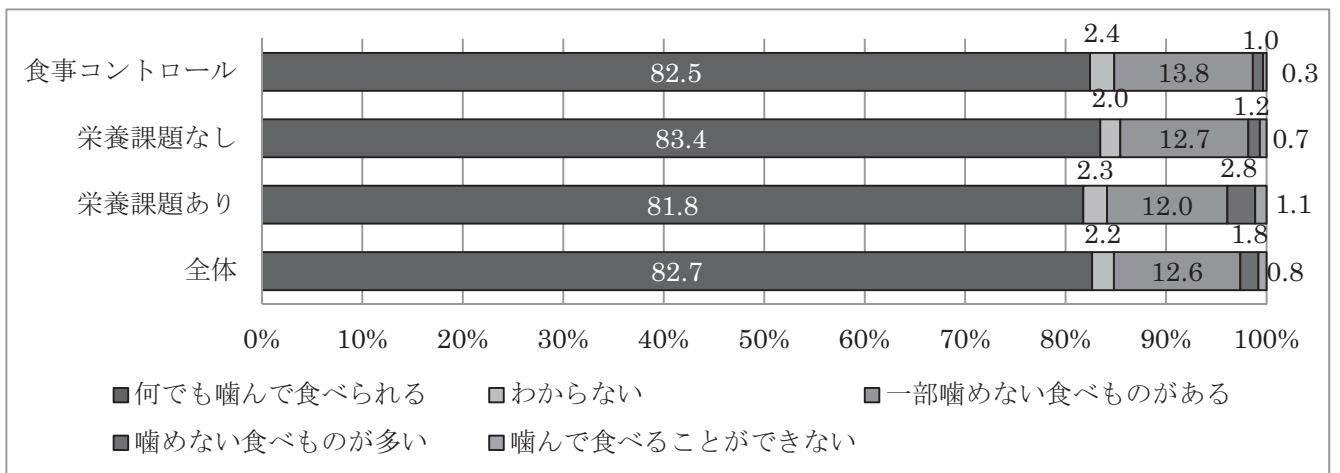
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
2~3kg 増加	559	245	245	69
1kg ぐらい増加	512	216	252	44
わからない	451	174	244	33
あまり増えていない	685	237	390	58
増えていない	885	280	518	87

図 30 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
食事は美味しいと感じる(男女)



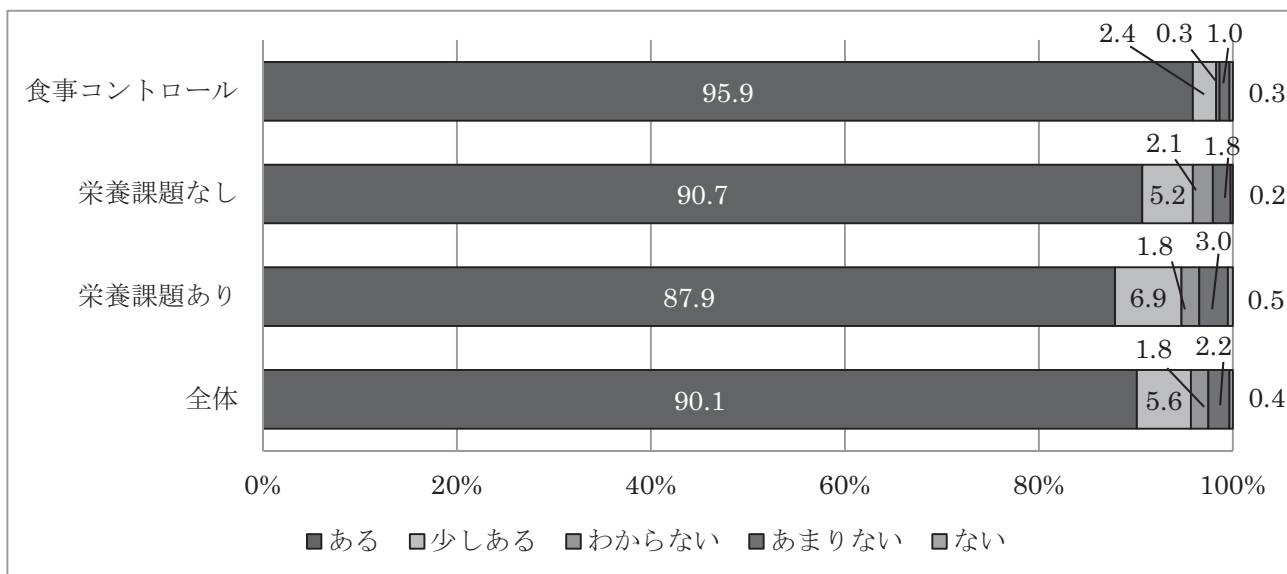
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
そう思う	2678	972	1445	261
少しそう思う	255	112	123	20
わからない	113	38	65	10
あまりそう思わない	34	20	14	0
そう思わない	12	10	2	0

図 31 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
咀嚼機能のレベル(男女)



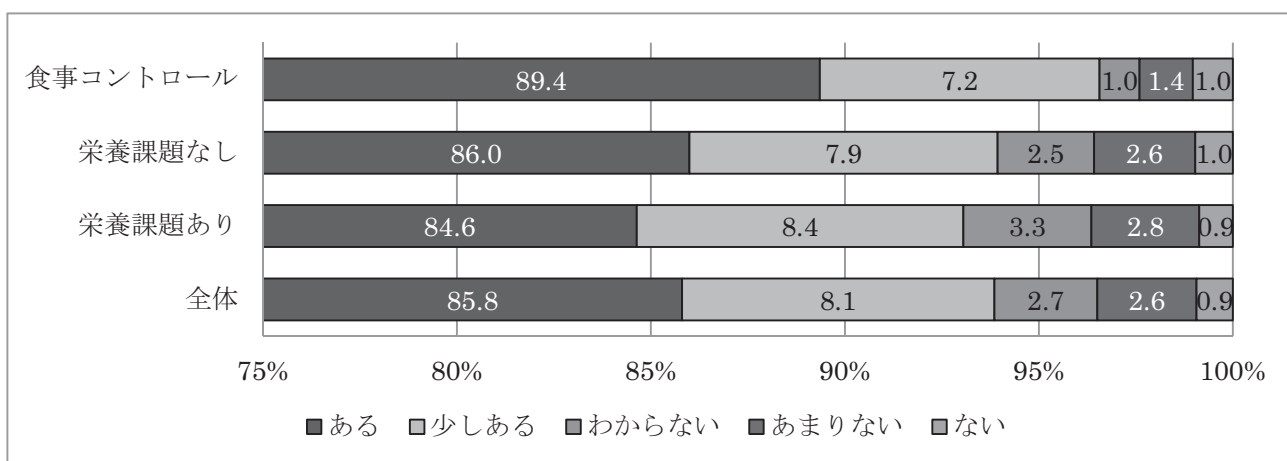
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
何でも噛んで食べられる	2558	942	1376	240
わからない	67	27	33	7
一部噛めない食べものがある	388	138	210	40
噛めない食べものが多い	54	32	19	3
噛んで食べることができない	25	13	11	1

図 32 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の食欲の有無(男女)



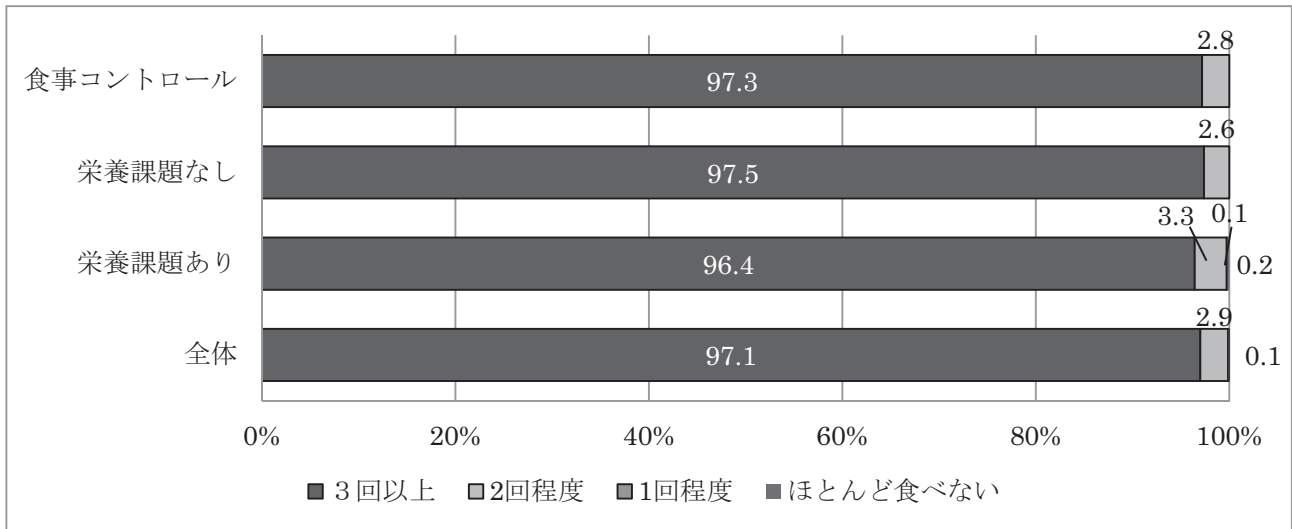
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
ある	2786	1012	1495	279
少しある	172	79	86	7
わからない	56	21	34	1
あまりない	67	34	30	3
ない	11	6	4	1

図 33 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の食べることへの興味(男女)



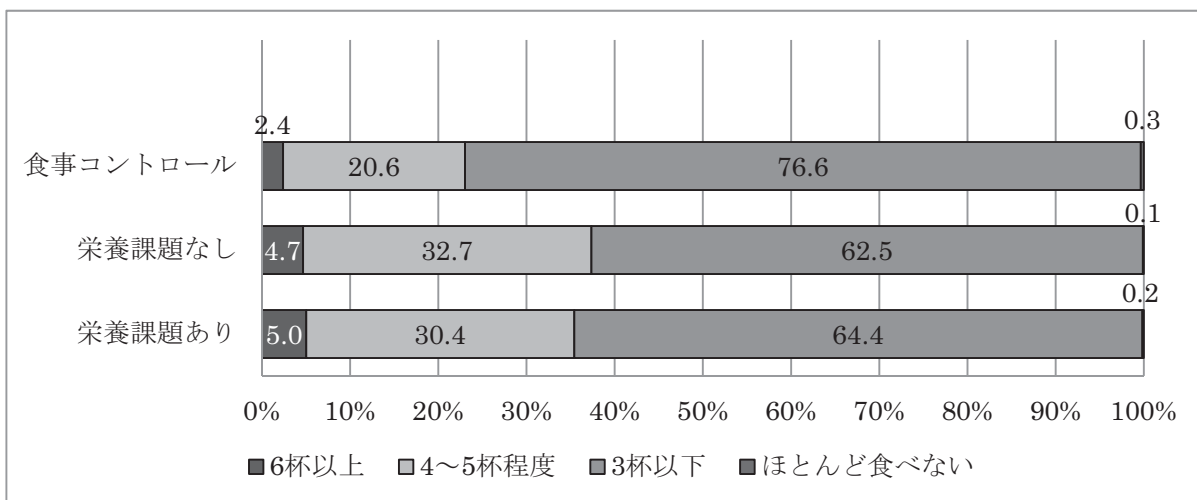
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
ある	2653	975	1418	260
少しある	249	97	131	21
わからない	82	38	41	3
あまりない	79	32	43	4
ない	29	10	16	3

図 34 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1日の食事回数(男女)



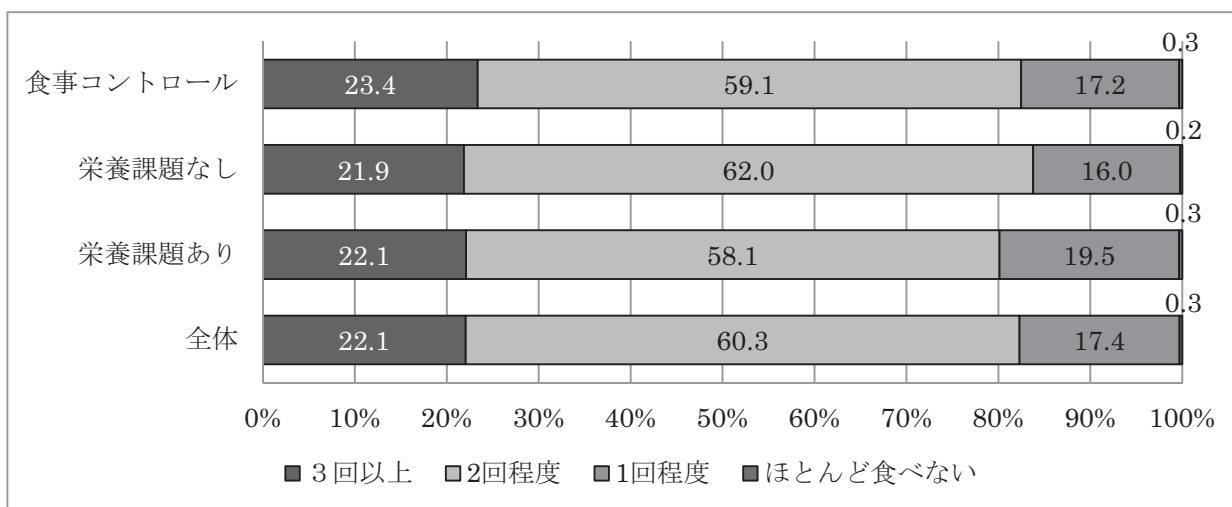
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
3回以上	3001	1111	1607	283
2回程度	88	38	42	8
1回程度	1	1	0	0
ほとんど食べない	2	2	0	0

図 35 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1日の主食の摂取量(男女)



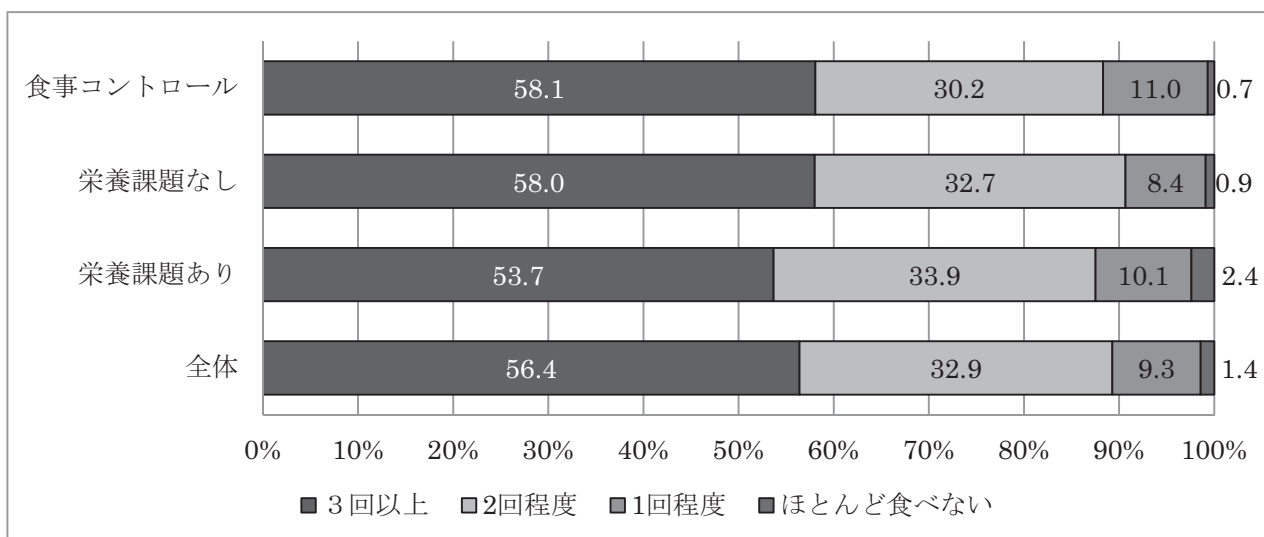
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
6杯以上	142	58	77	7
4~5杯程度	949	350	539	60
3杯以下	1996	742	1031	223
ほとんど食べない	5	2	2	1

図 36 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1日の肉や魚の摂取回数(男女)



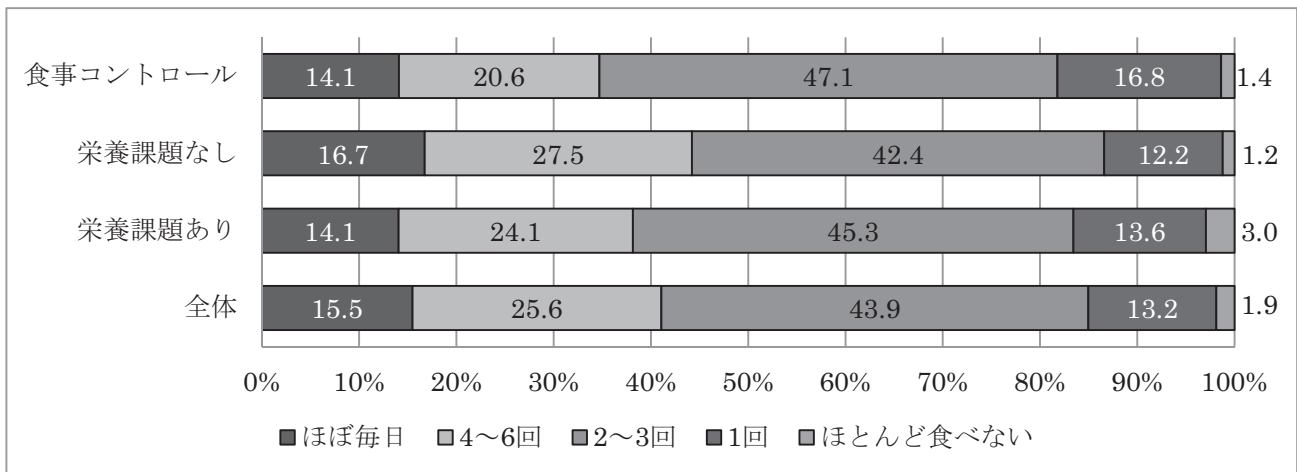
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
3回以上	682	254	360	68
2回程度	1863	669	1022	172
1回程度	538	225	263	50
ほとんど食べない	9	4	4	1

図 37 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1日の野菜の摂取回数(男女)



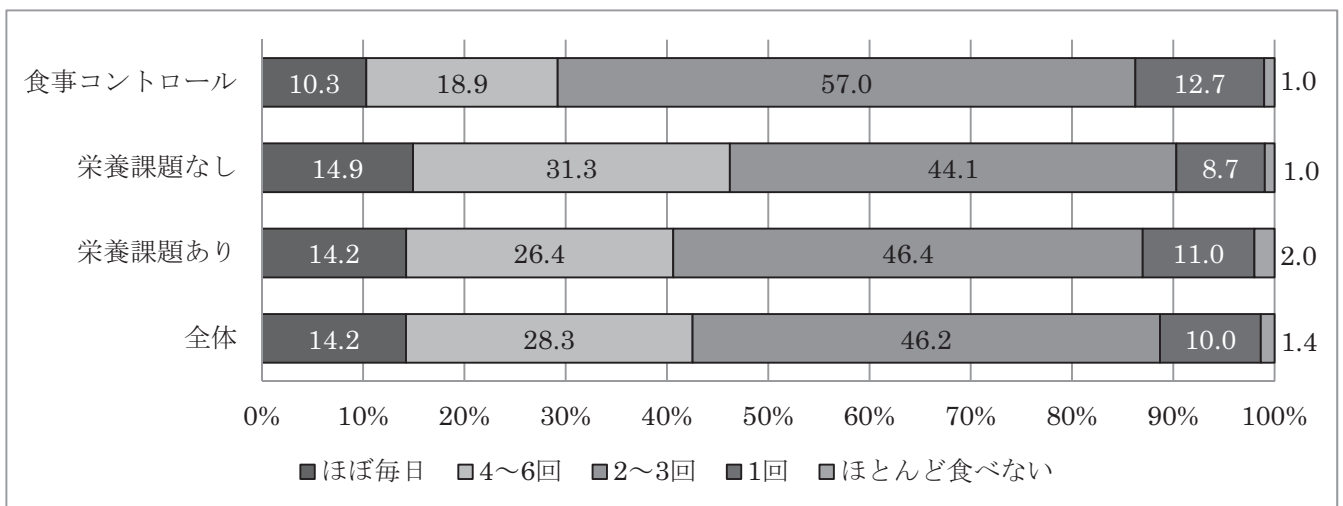
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
3回以上	1744	618	957	169
2回程度	1017	390	539	88
1回程度	287	116	139	32
ほとんど食べない	44	28	14	2

図 38 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1週間の豆腐・納豆の摂取回数(男女)



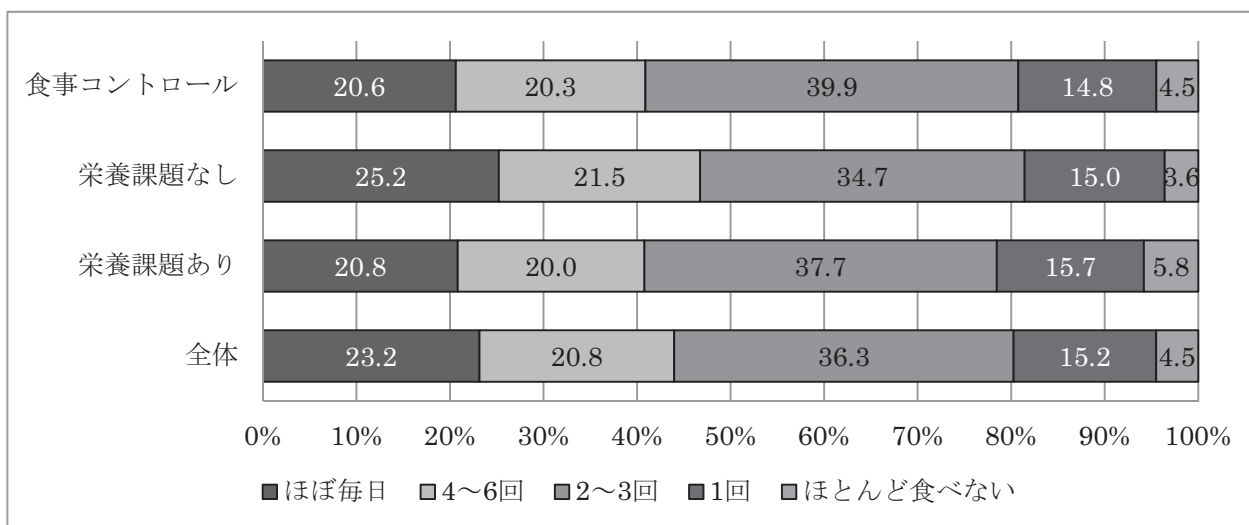
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
ほぼ毎日	479	162	276	41
4~6回	790	277	453	60
2~3回	1358	522	699	137
1回	407	157	201	49
ほとんど食べない	58	34	20	4

図 39 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1週間の卵の摂取回数(男女)



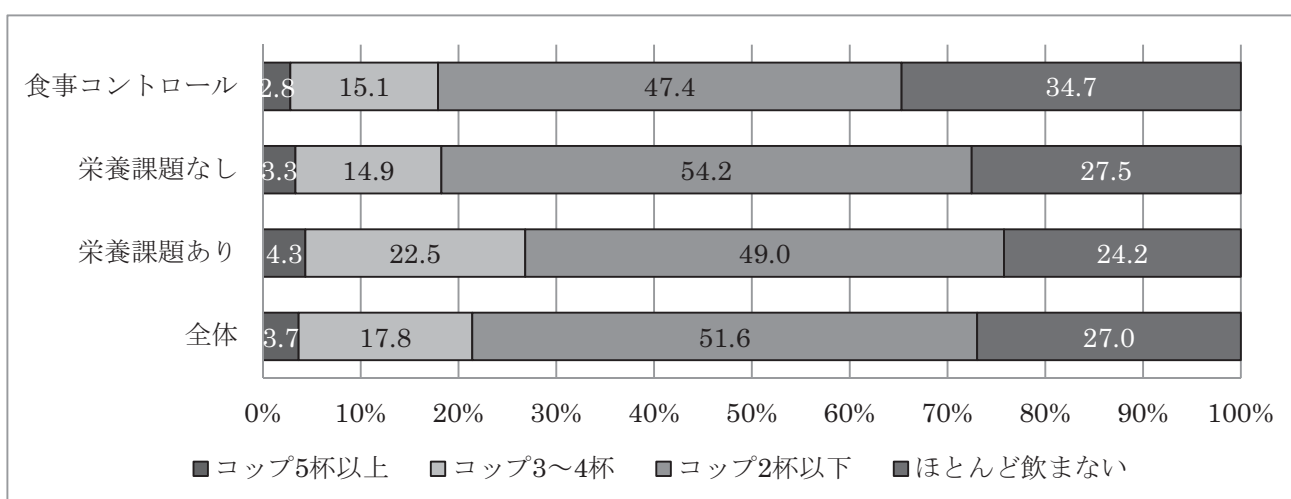
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
ほぼ毎日	440	164	246	30
4~6回	875	304	516	55
2~3回	1427	534	727	166
1回	308	127	144	37
ほとんど食べない	42	23	16	3

図 40 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1 週間の果物の摂取回数(男女)



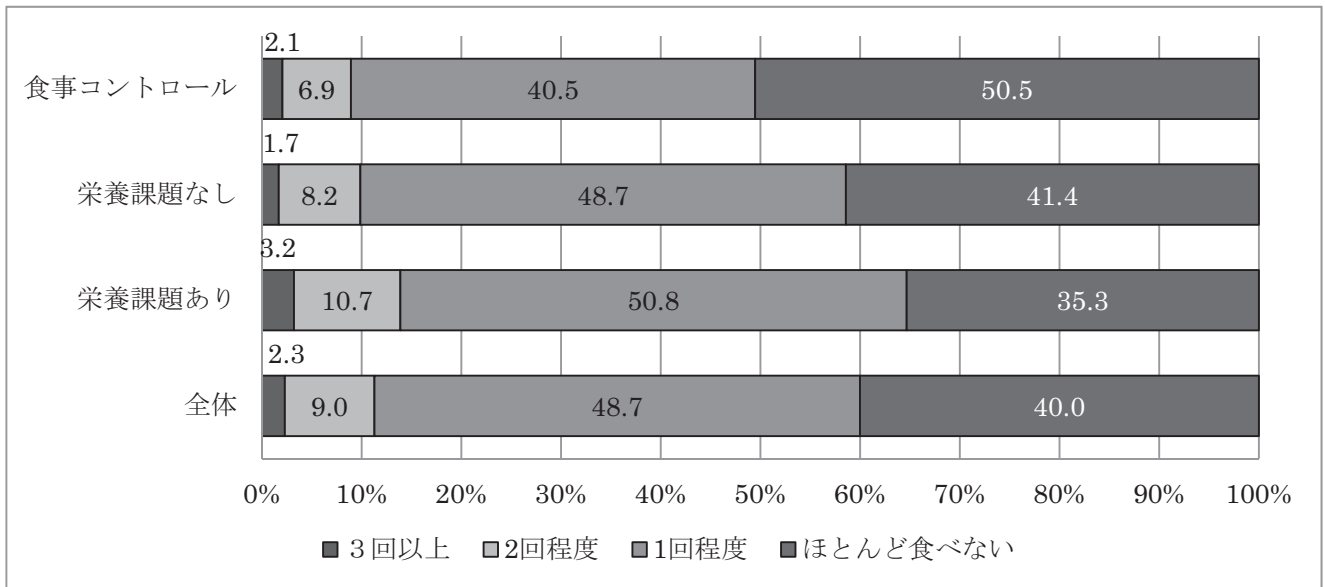
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
ほぼ毎日	716	240	416	60
4~6回	644	230	355	59
2~3回	1122	434	572	116
1回	471	181	247	43
ほとんど食べない	139	67	59	13

図 41 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1 日の甘味のある飲物の摂取量(男女)



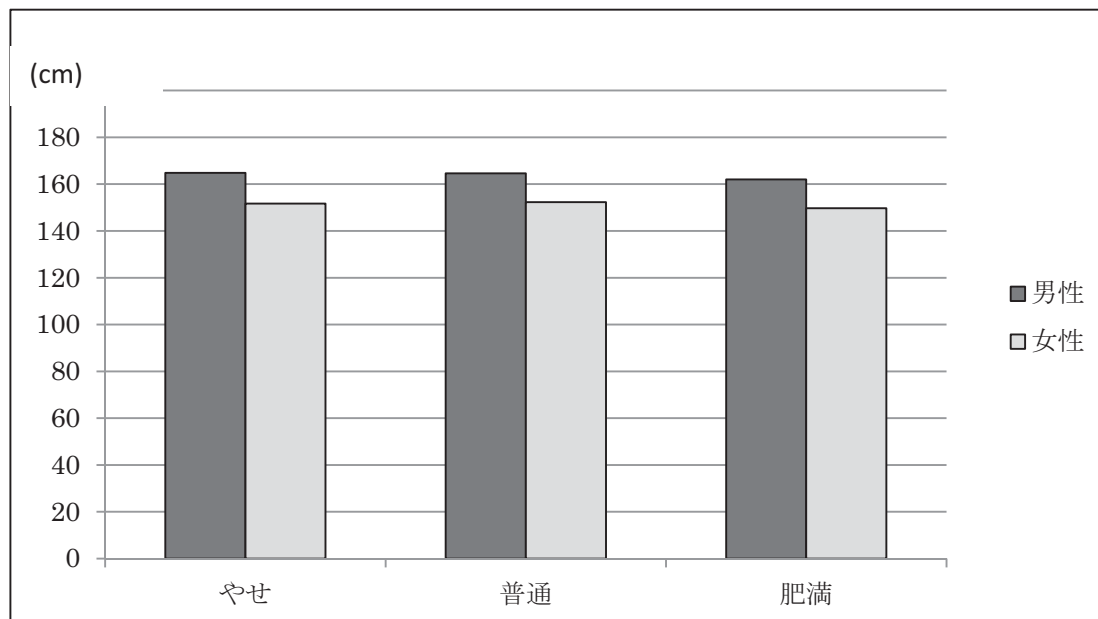
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
コップ 5 杯以上	113	50	55	8
コップ 3~4 杯	549	259	246	44
コップ 2 杯以下	1596	564	894	138
ほとんど飲まない	834	279	454	101

図 42 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別の
1日のお菓子の摂取回数(男女)



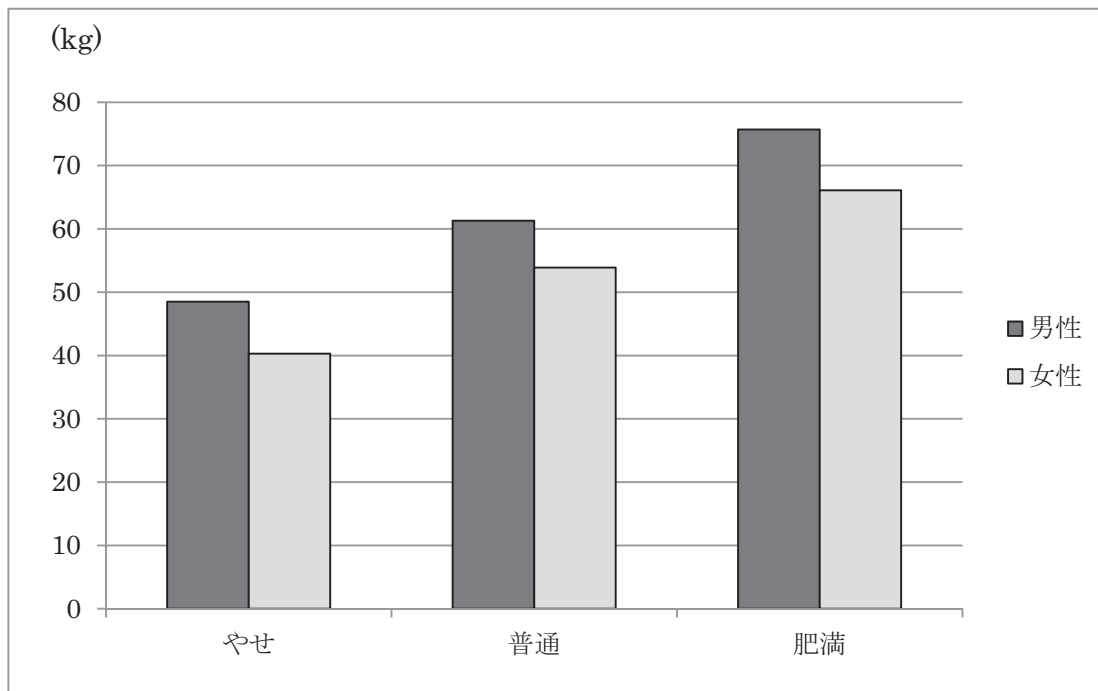
	全体	栄養課題あり	栄養課題なし	食事コントロール
3回以上	71	37	28	6
2回程度	278	123	135	20
1回程度	1506	585	803	118
ほとんど食べない	1237	407	683	147

図 43-1 栄養課題がある入居者の BMI 群別の身長



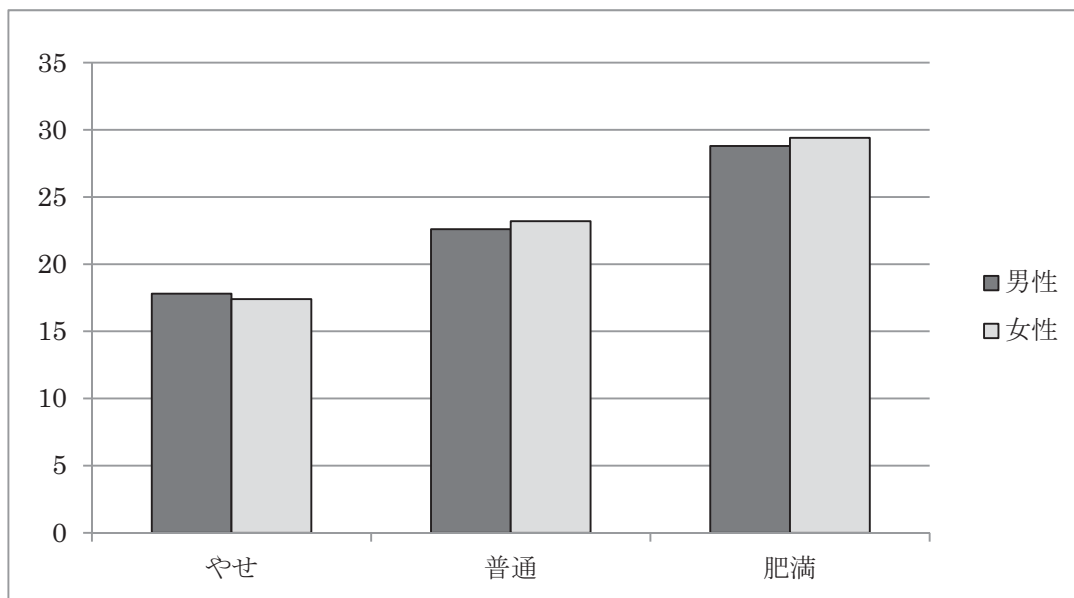
	やせ	普通	肥満
男性	164.8	164.6	162.0
女性	151.7	152.3	149.7

図 43-2 栄養課題がある入居者の BMI 群別の体重



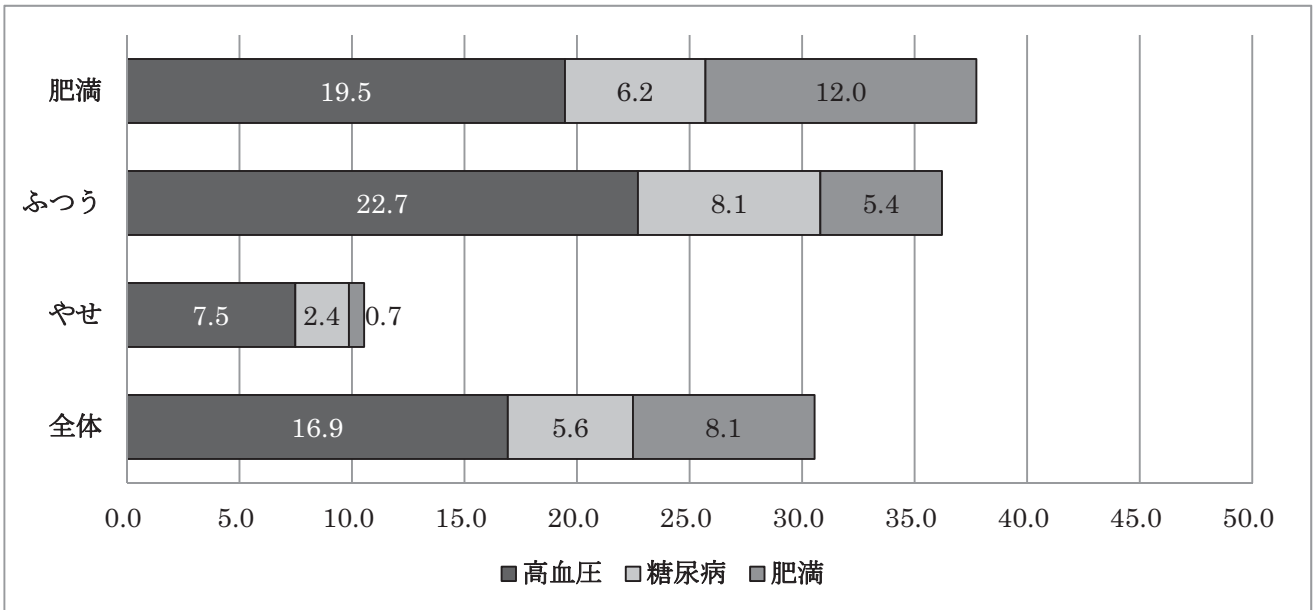
	やせ	普通	肥満
男性	48.5	61.3	75.7
女性	40.3	53.9	66.1

図 43-3 栄養課題がある入居者の BMI 群別の BMI 値



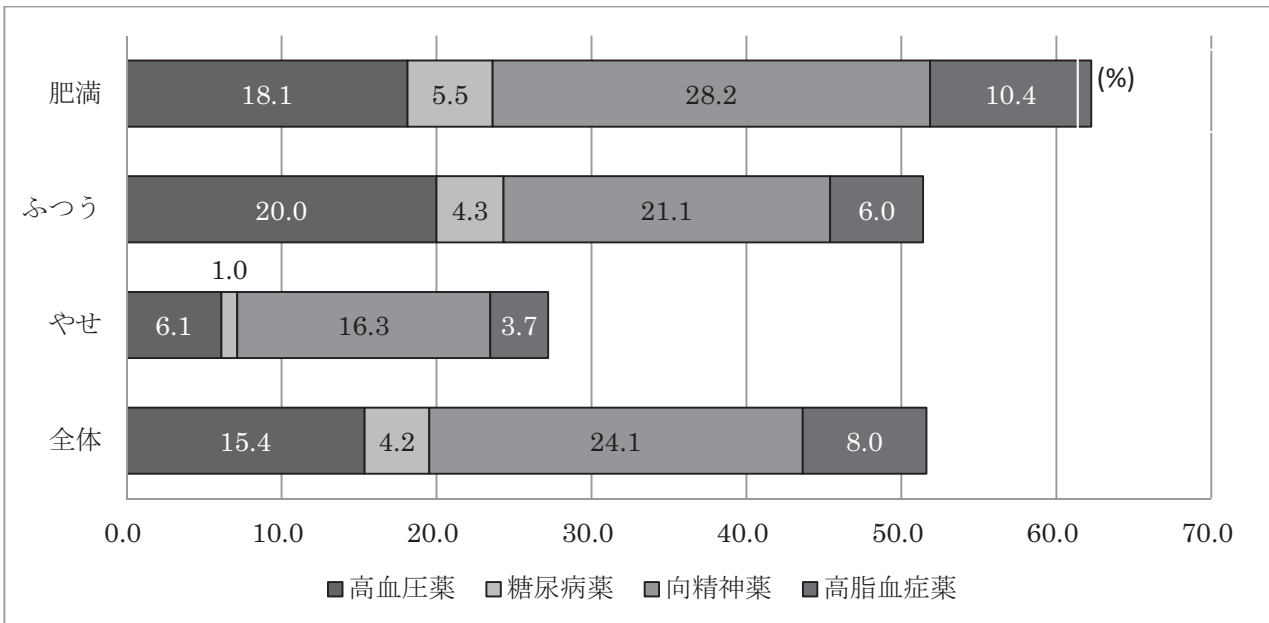
	やせ	普通	肥満
男性	17.8	22.6	28.8
女性	17.4	23.2	29.4

図 44 栄養課題がある入居者の BMI 群別の既往歴および服薬、喫煙について(男女)



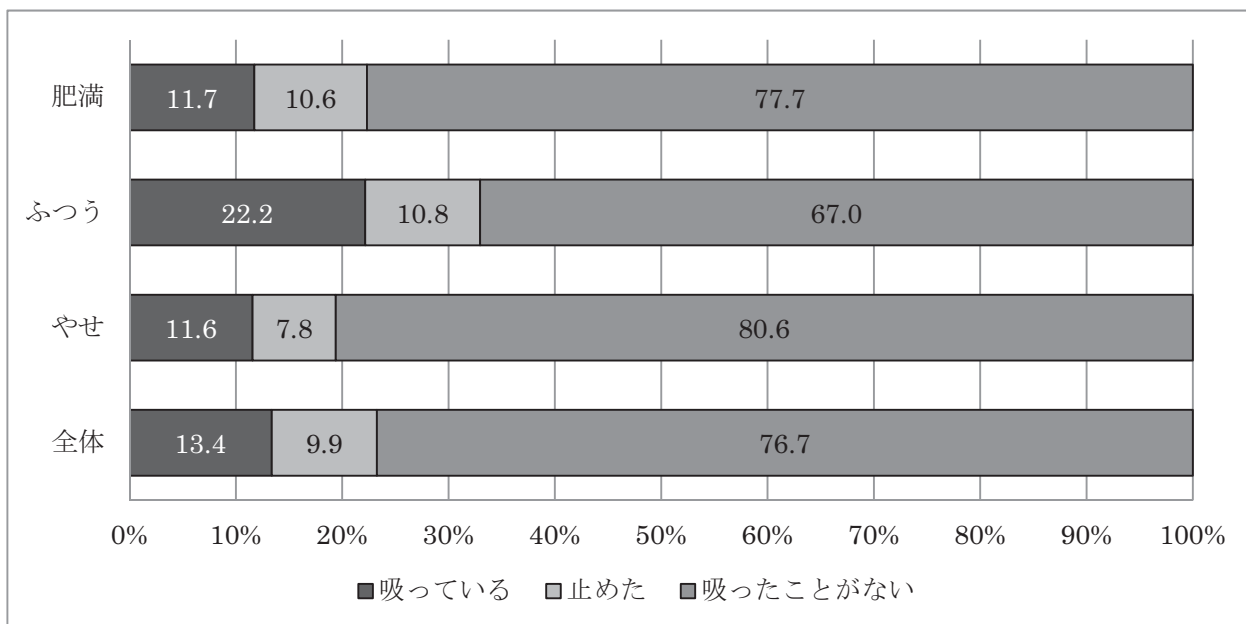
	全体	やせ	ふつう	肥満
高血圧	195	22	42	131
糖尿病	64	7	15	42
肥満	93	2	10	81

図 45 栄養課題がある入居者の BMI 群別の現在服薬中の薬(男女)



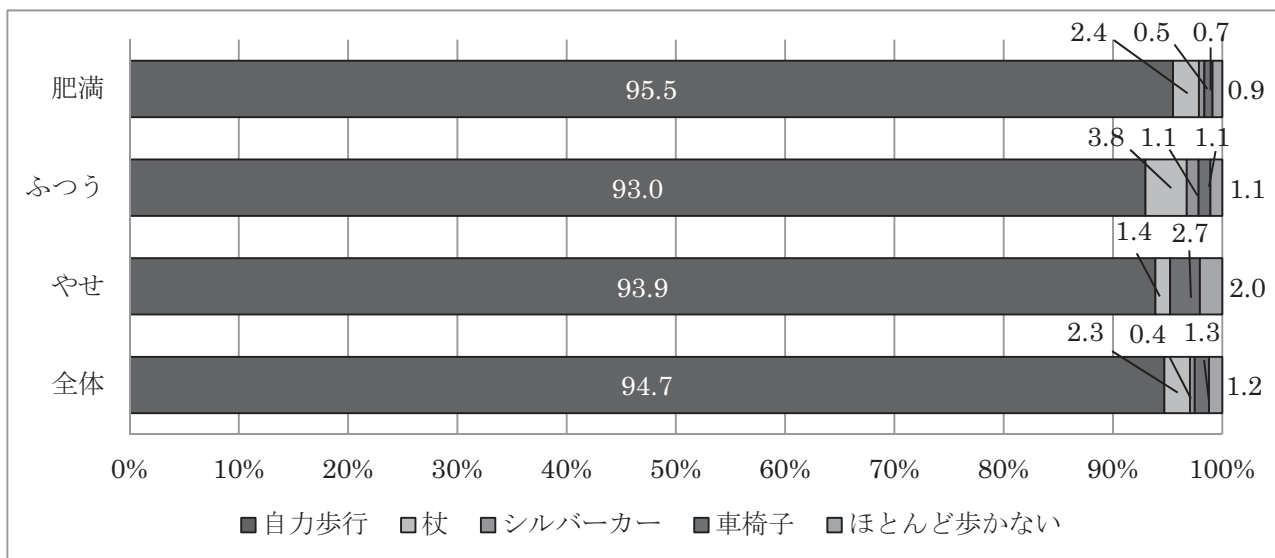
	全体	やせ	ふつう	肥満
高血圧薬	177	18	37	122
糖尿病薬	48	3	8	37
向精神薬	277	48	39	190
高脂血症薬	92	11	11	70

図 46 栄養課題がある入居者の BMI 群別の喫煙歴(男女)



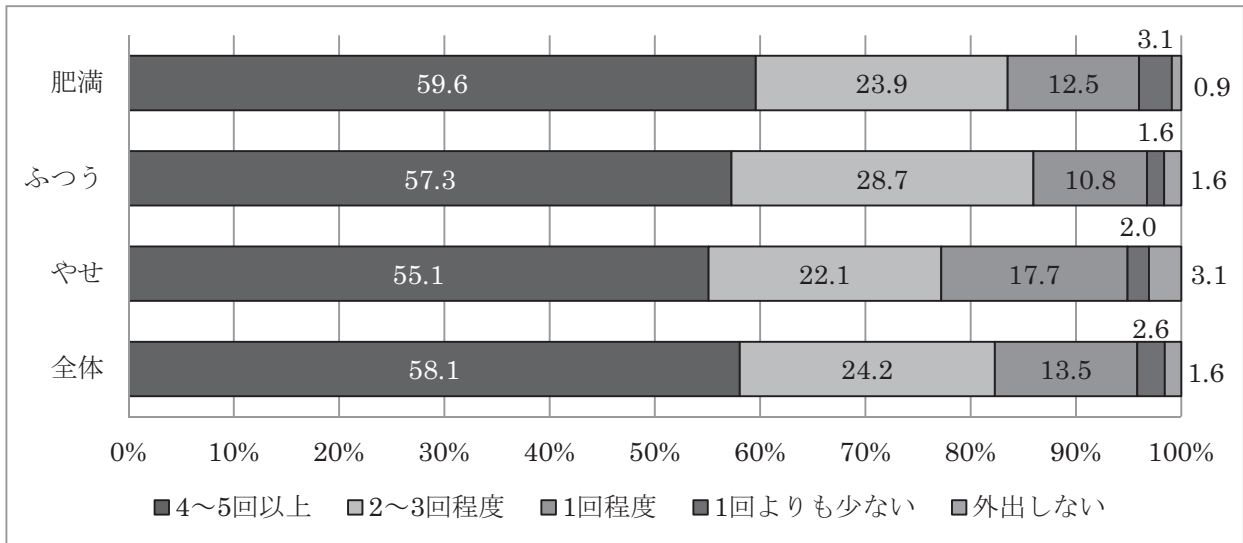
	全体	やせ	ふつう	肥満
吸っている	154	34	41	79
止めた	114	23	20	71
吸ったことがない	884	237	124	523

図 47 栄養課題がある入居者の BMI 群別の移動手段(男女)



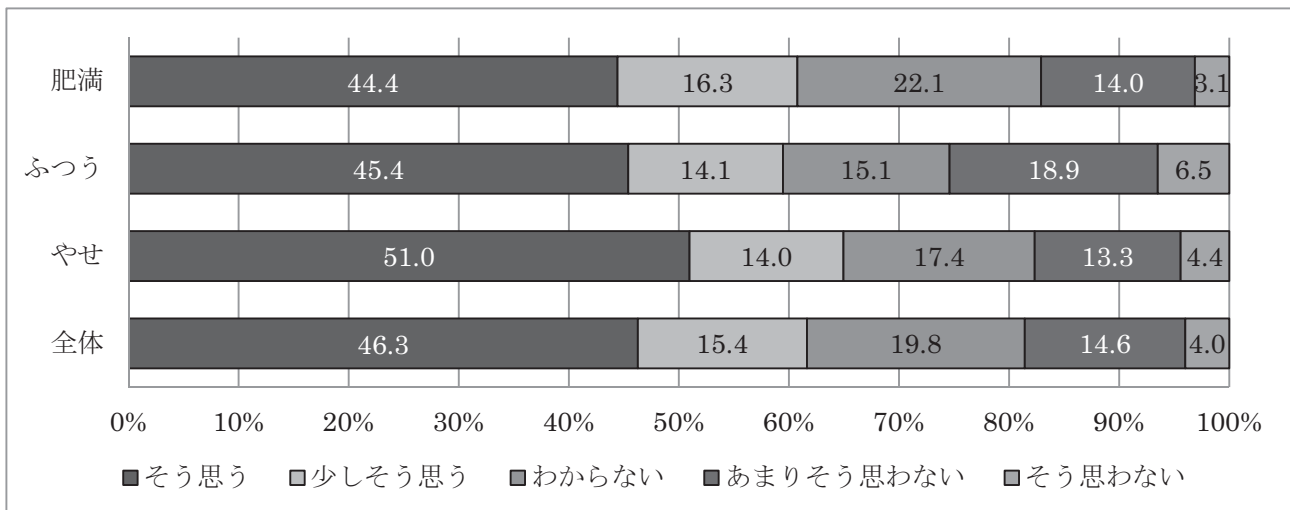
	全体	やせ	ふつう	肥満
自力歩行	1091	276	172	643
杖	27	4	7	16
シルバーカー	5	0	2	3
車椅子	15	8	2	5
ほとんど歩かない	14	6	2	6

図 48 栄養課題がある入居者の BMI 群別の 1 カ月当たりの外出回数(男女)



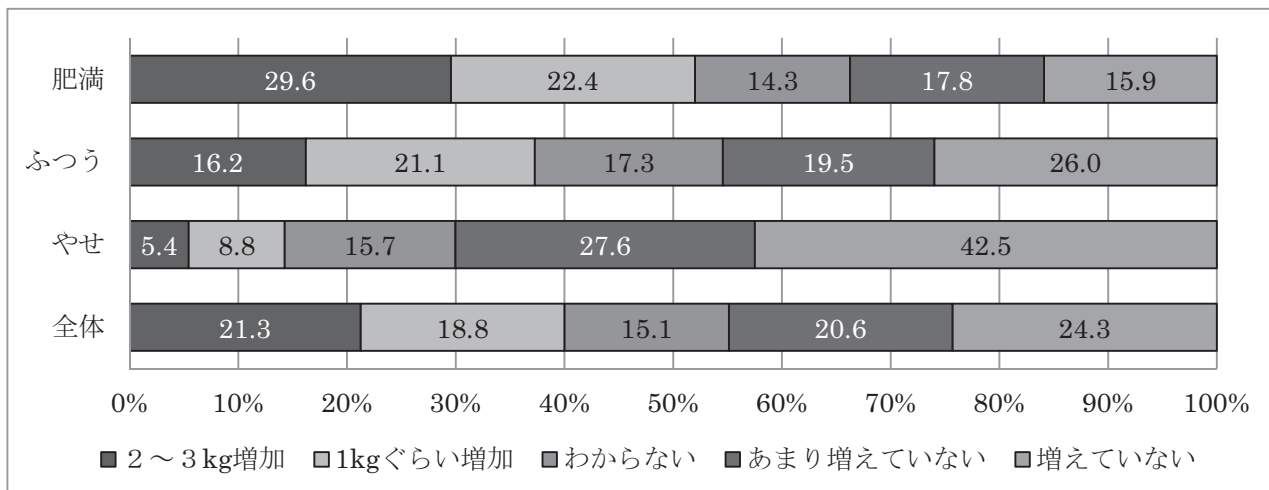
	全体	やせ	ふつう	肥満
4～5 回以上	669	162	106	401
2～3 回程度	279	65	53	161
1 回程度	156	52	20	84
1 回よりも少ない	30	6	3	21
外出しない	18	9	3	6

図 49 栄養課題がある入居者の BMI 群別の健康感(男女)



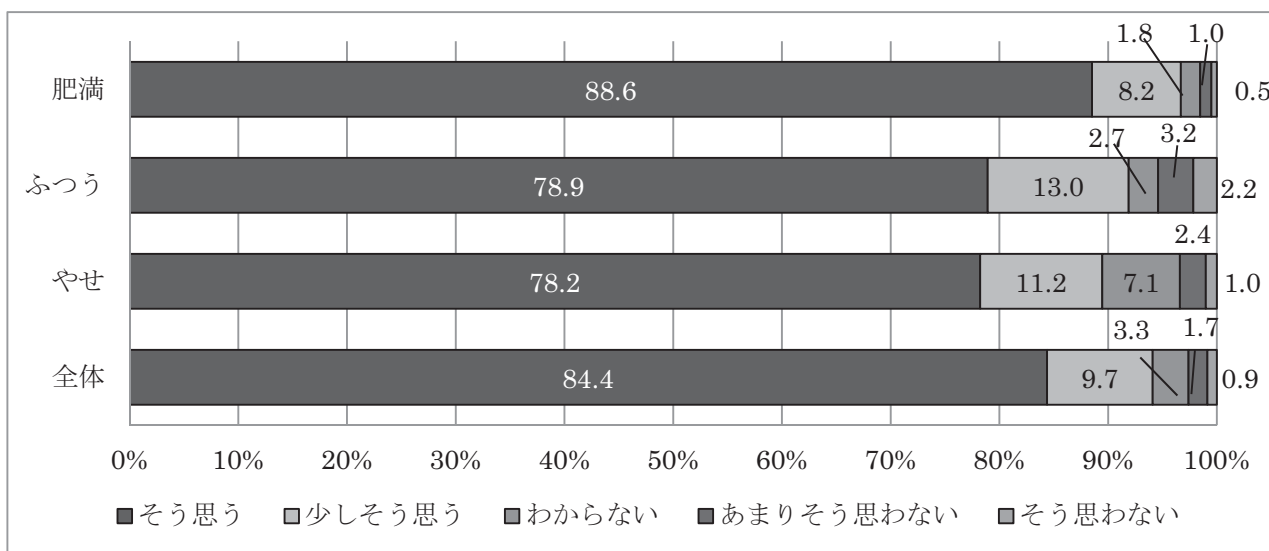
	全体	やせ	ふつう	肥満
そう思う	533	150	84	299
少しそう思う	177	41	26	110
わからない	228	51	28	149
あまりそう思わない	168	39	35	94
そう思わない	46	13	12	21

図 50 栄養課題がある入居者の BMI 群別の過去 6 ヶ月間の体重増加(男女)



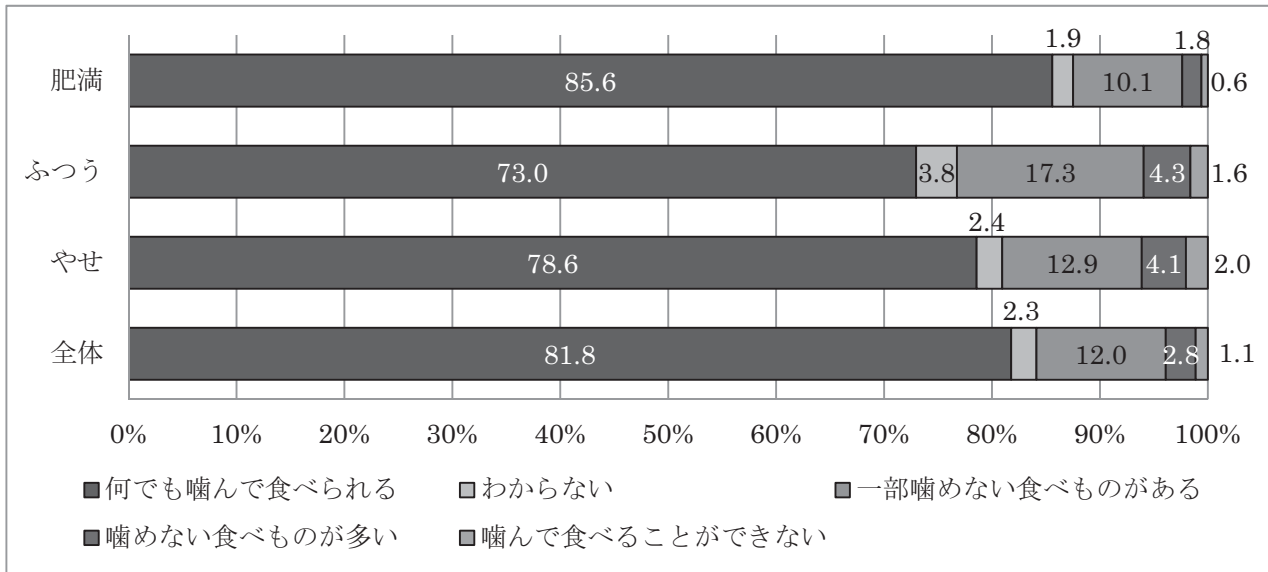
	全体	やせ	ふつう	肥満
2~3kg 増加	245	16	30	199
1kg ぐらい増加	216	26	39	151
わからない	174	46	32	96
あまり増えていない	237	81	36	120
増えていない	280	125	48	107

図 51 栄養課題がある入居者の BMI 群別の食事は美味しく感じる意識(男女)



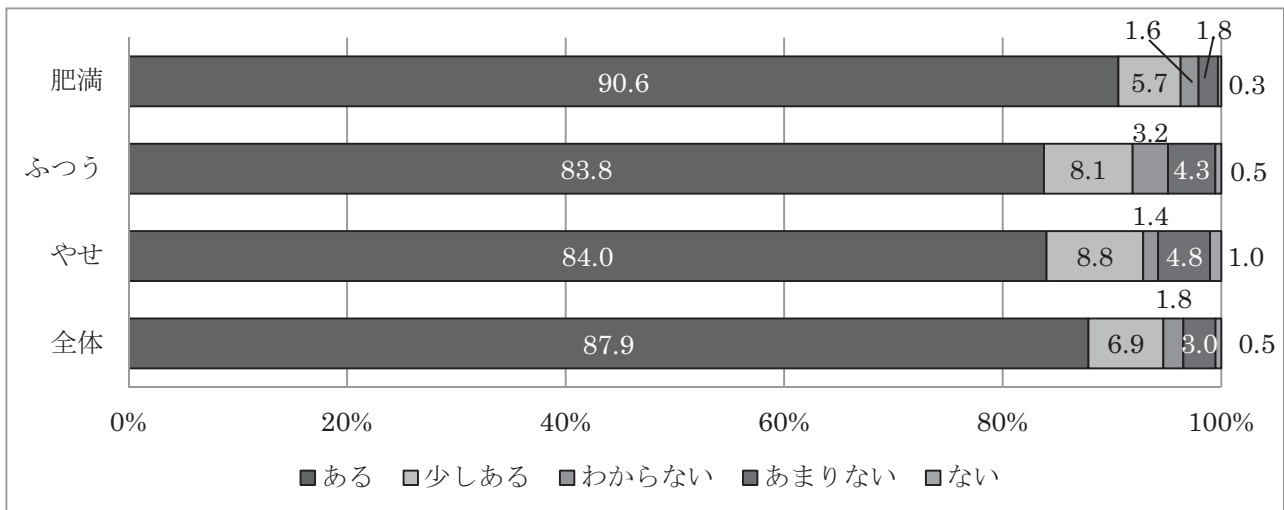
	全体	やせ	ふつう	肥満
そう思う	972	230	146	596
少しそう思う	112	33	24	55
わからない	38	21	5	12
あまりそう思わない	20	7	6	7
そう思わない	10	3	4	3

図 52 栄養課題がある入居者の BMI 群別の咀嚼機能のレベル(男女)



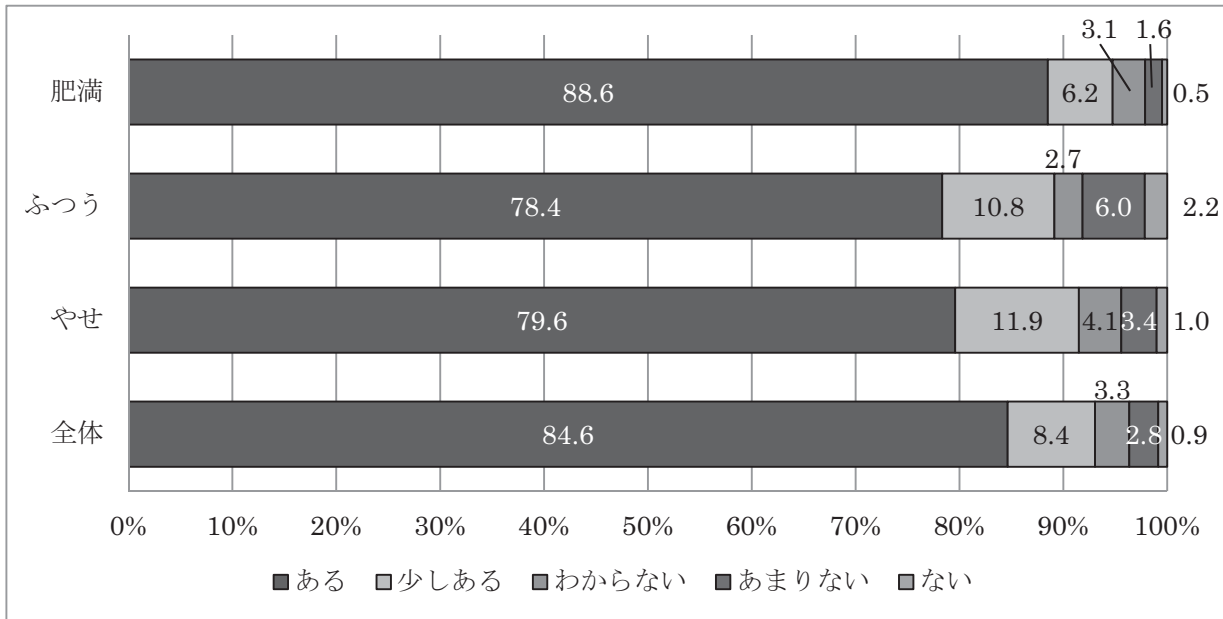
	全体	やせ	ふつう	肥満
何でも噛んで食べられる	942	231	135	576
わからない	27	7	7	13
一部噛めない食べものがある	138	38	32	68
噛めない食べものが多い	32	12	8	12
噛んで食べることができない	13	6	3	4

図 53 栄養課題がある入居者の BMI 群別の食欲の有無(男女)



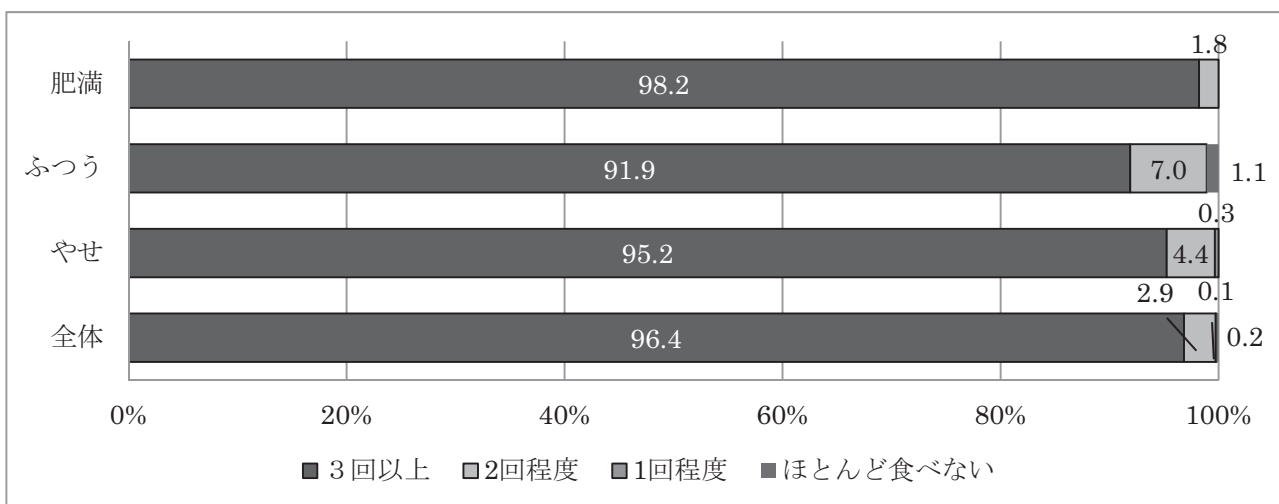
	全体	やせ	ふつう	肥満
ある	1012	247	155	610
少しある	79	26	15	38
わからない	21	4	6	11
あまりない	34	14	8	12
ない	6	3	1	2

図 54 栄養課題がある入居者の BMI 群別の食べることへの興味(男女)



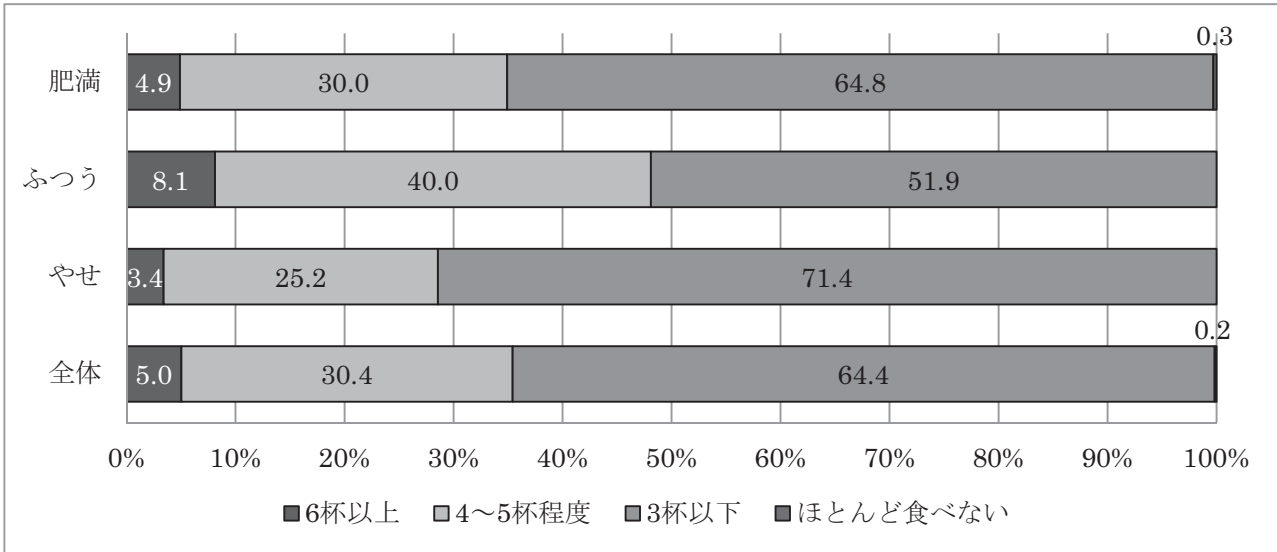
	全体	やせ	ふつう	肥満
ある	975	234	145	596
少しある	97	35	20	42
わからない	38	12	5	21
あまりない	32	10	11	11
ない	10	3	4	3

図 55 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1日の食事回数(男女)



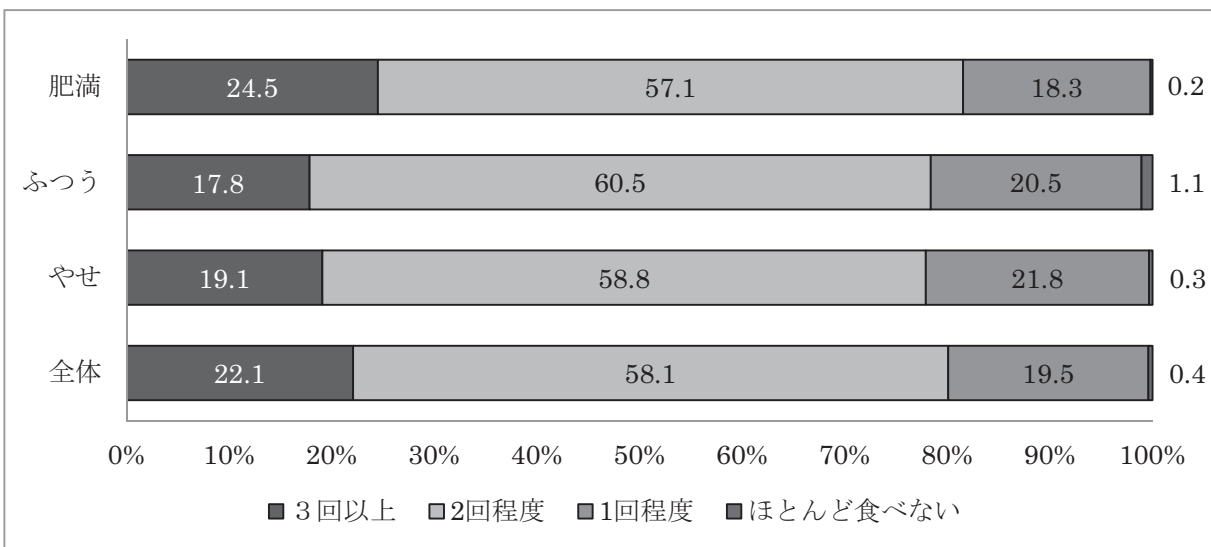
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	1111	280	170	661
2回程度	38	13	13	12
1回程度	1	1	0	0
ほとんど食べない	2	0	2	0

図 56 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1日の主食の摂取量(男女)



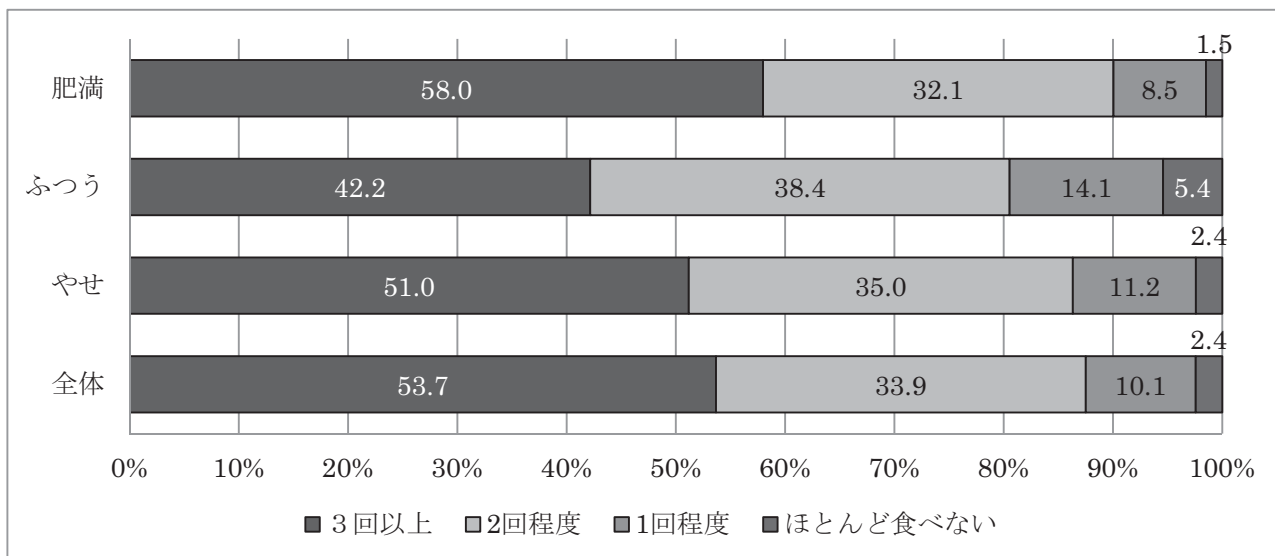
	全体	やせ	ふつう	肥満
6 杯以上	58	10	15	33
4~5 杯程度	350	74	74	202
3 杯以下	742	210	96	436
ほとんど食べない	2	0	0	2

図 57 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1日の肉や魚の摂取回数(男女)



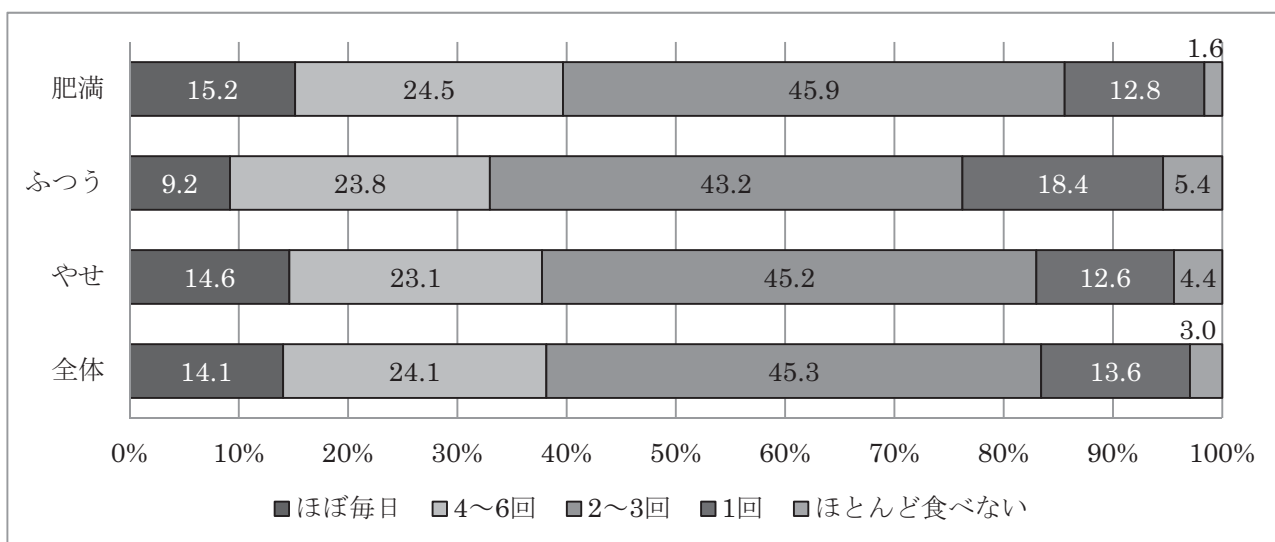
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	254	56	33	165
2 回程度	669	173	112	384
1 回程度	225	64	38	123
ほとんど食べない	4	1	2	1

図 58 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1日の野菜の摂取回数(男女)



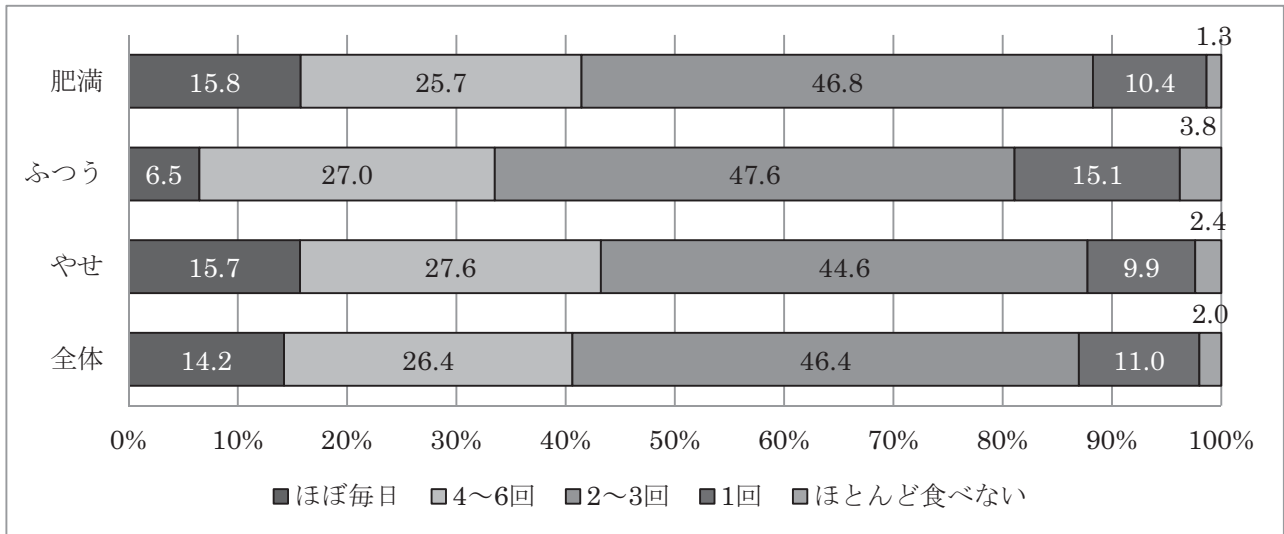
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	618	150	78	390
2回程度	390	103	71	216
1回程度	116	33	26	57
ほとんど食べない	28	8	10	10

図 59 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1週間の豆腐・納豆の摂取回数(男女)



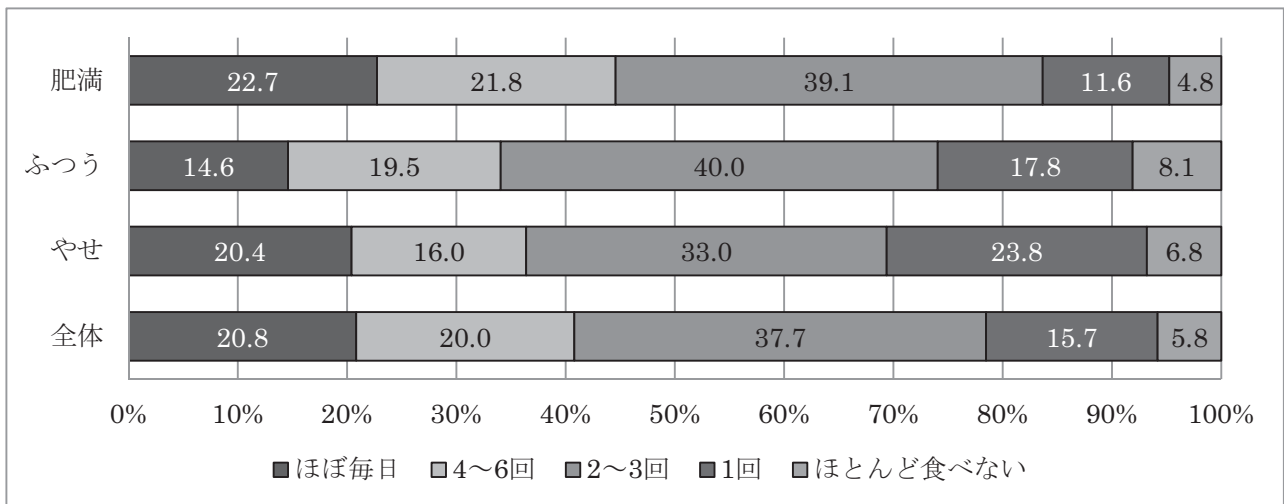
	全体	やせ	ふつう	肥満
ほぼ毎日	162	43	17	102
4~6回	277	68	44	165
2~3回	522	133	80	309
1回	157	37	34	86
ほとんど食べない	34	13	10	11

図 60 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1週間の卵の摂取回数(男女)



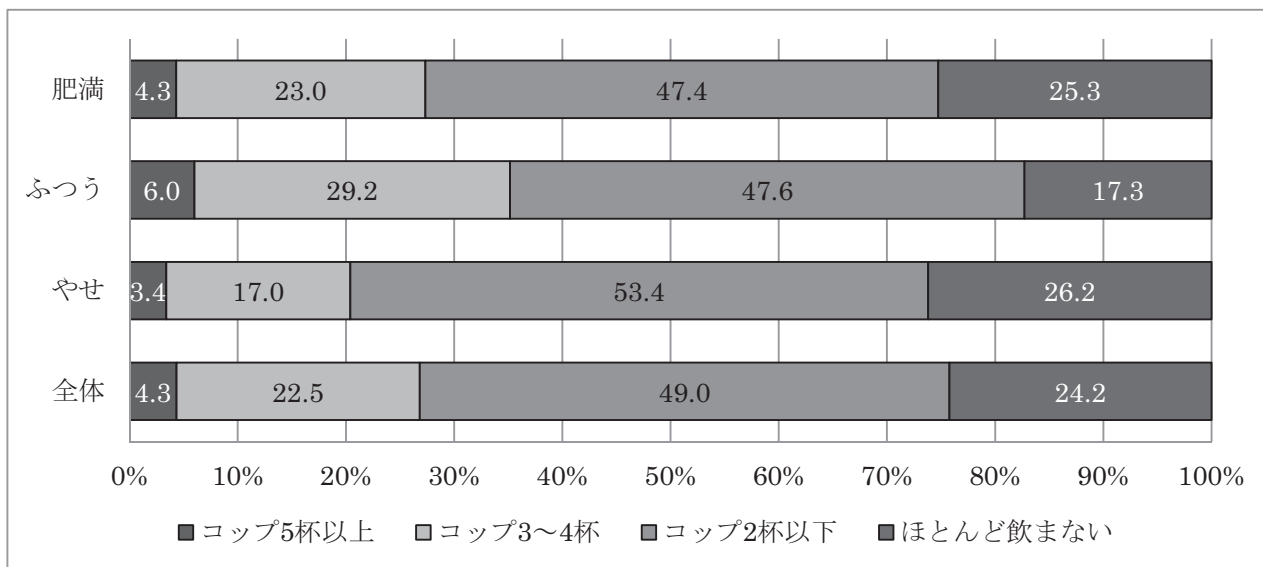
	全体	やせ	ふつう	肥満
ほぼ毎日	164	46	12	106
4~6回	304	81	50	173
2~3回	534	131	88	315
1回	127	29	28	70
ほとんど食べない	23	7	7	9

図 61 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1週間の果物の摂取回数(男女)



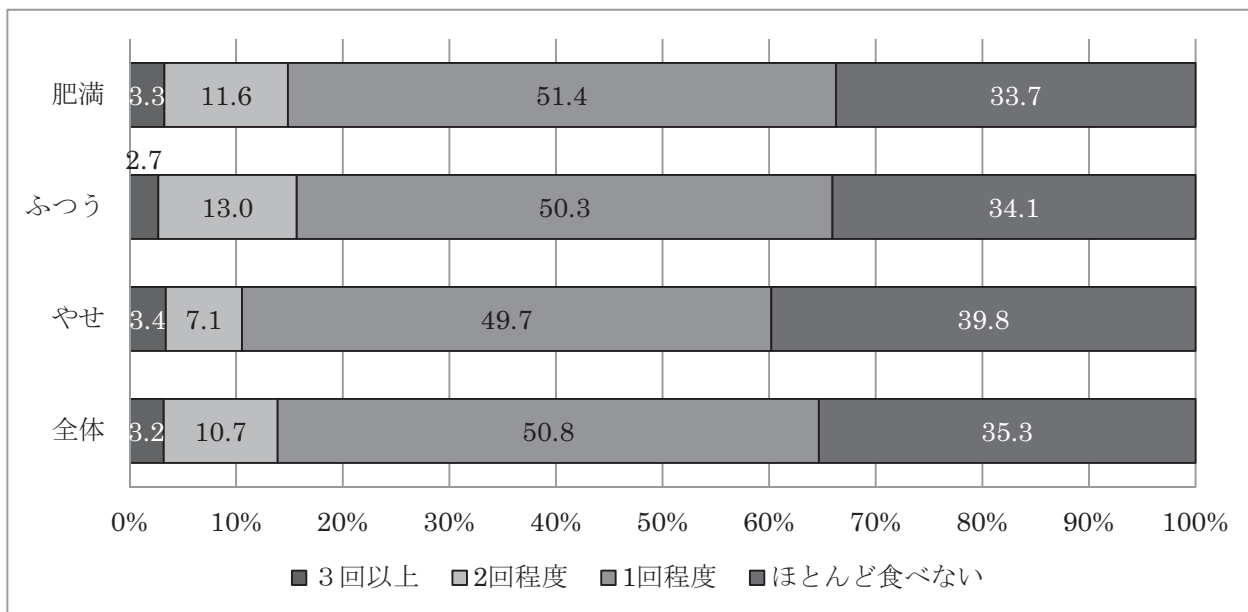
	全体	やせ	ふつう	肥満
ほぼ毎日	240	60	27	153
4~6回	230	47	36	147
2~3回	434	97	74	263
1回	181	70	33	78
ほとんど食べない	67	20	15	32

図 62 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1日の甘味のある飲物の摂取量(男女)



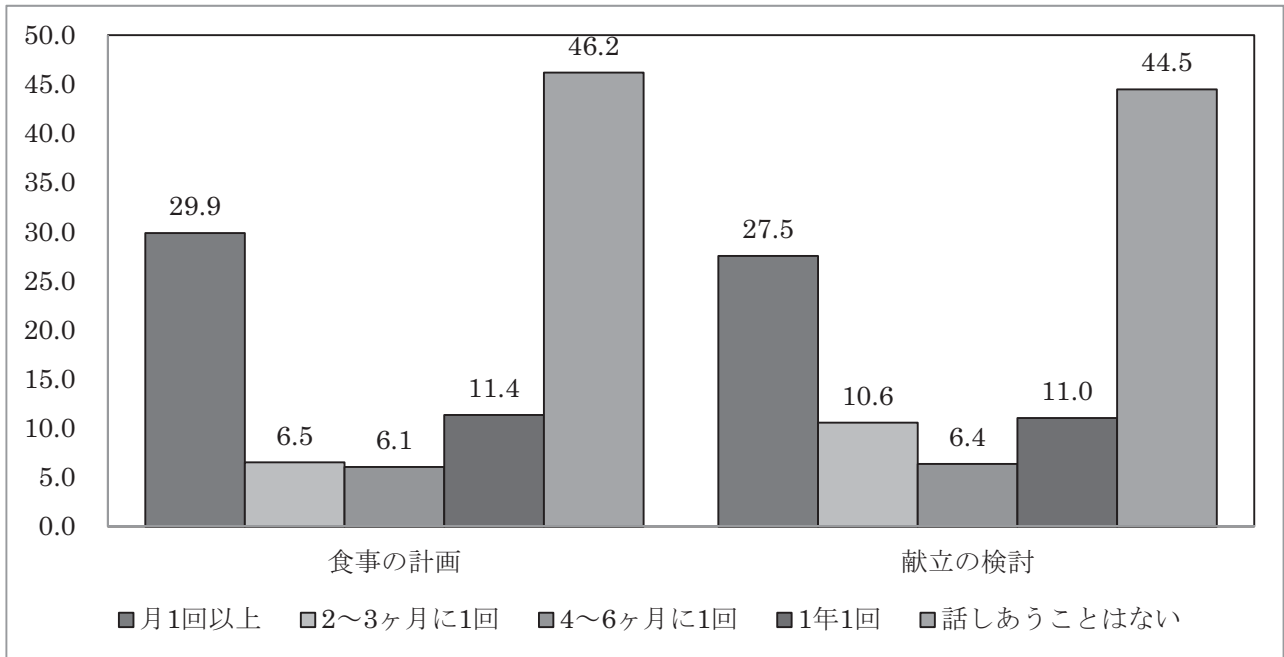
	全体	やせ	ふつう	肥満
コップ 5 杯以上	50	10	11	29
コップ 3~4 杯	259	50	54	155
コップ 2 杯以下	564	157	88	319
ほとんど飲まない	279	77	32	170

図 63 栄養課題がある入居者の BMI 群別の1日のお菓子の摂取回数(男女)



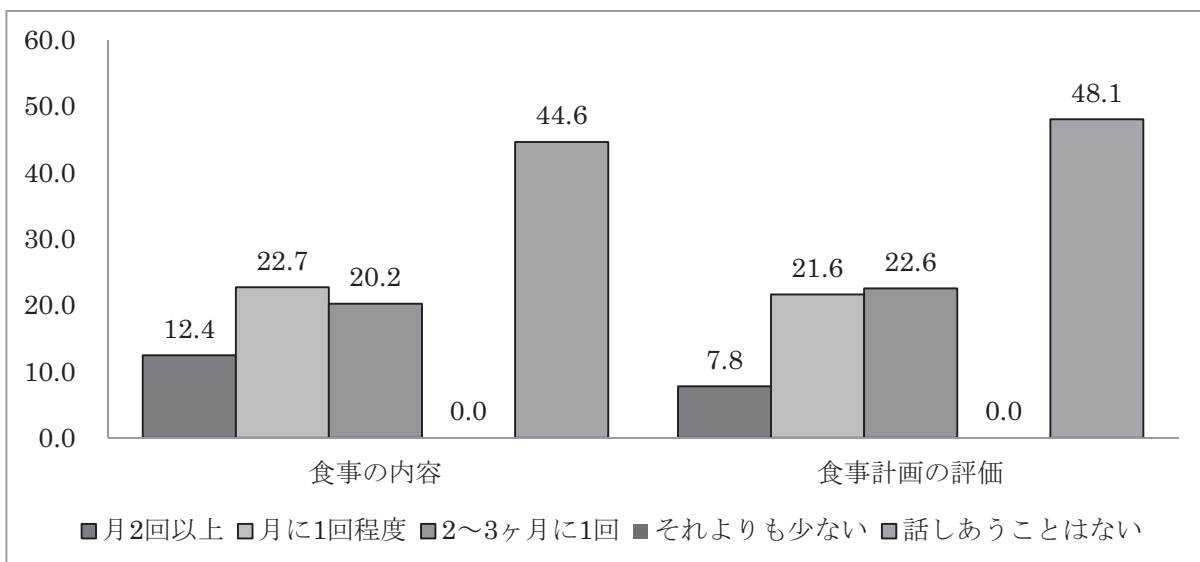
	全体	やせ	ふつう	肥満
3回以上	37	10	5	22
2回程度	123	21	24	78
1回程度	585	146	93	346
ほとんど食べない	407	117	63	227

図 64 グループホームにおける施設内会議の種類および頻度



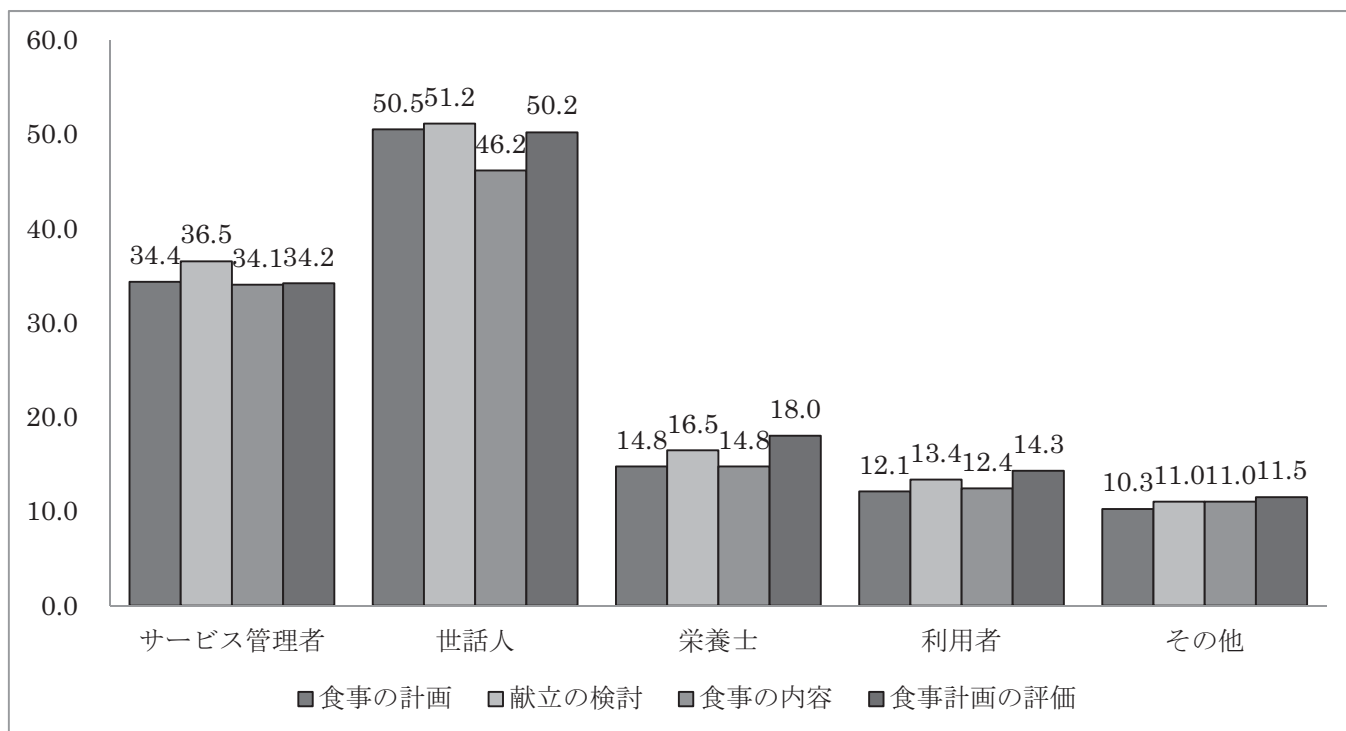
	月1回以上	2~3ヶ月に1回	4~6ヶ月に1回	1年1回	話しあうことはない
食事の計画	192	42	39	73	297
献立の検討	177	68	41	71	286

図 65 グループホームにおける施設内会議の種類および頻度



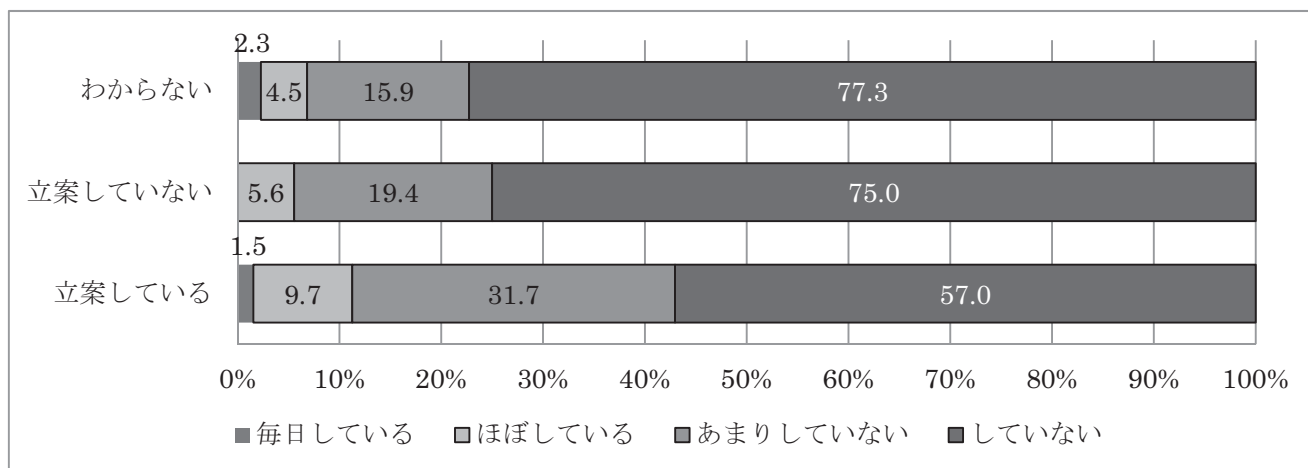
	月2回以上	月に1回程度	2~3ヶ月に1回	それよりも少ない	話しあうことはない
食事の内容	80	146	130	0	287
食事計画の評価	50	139	145	0	309

図 66 グループホームにおける施設内会議の参加者



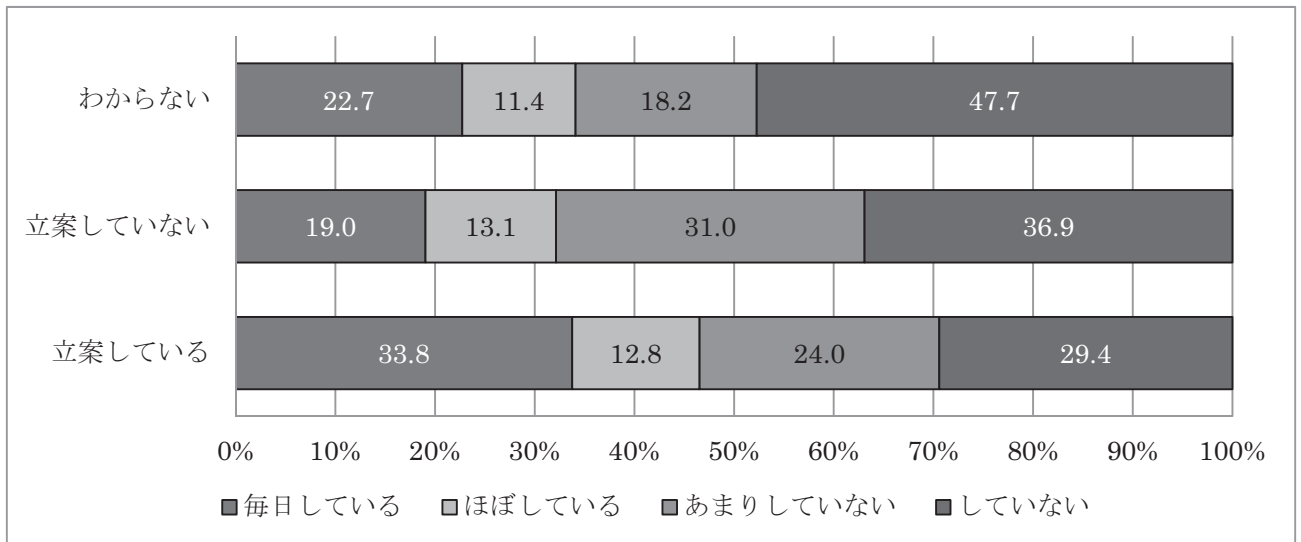
	サービス管理者	世話人	栄養士	利用者	その他
食事の計画	221	325	95	78	66
献立の検討	235	329	106	86	71
食事の内容	219	297	95	80	71
食事計画の評価	220	323	116	92	74

図 67 食事の買い物はいつしょに行きますか



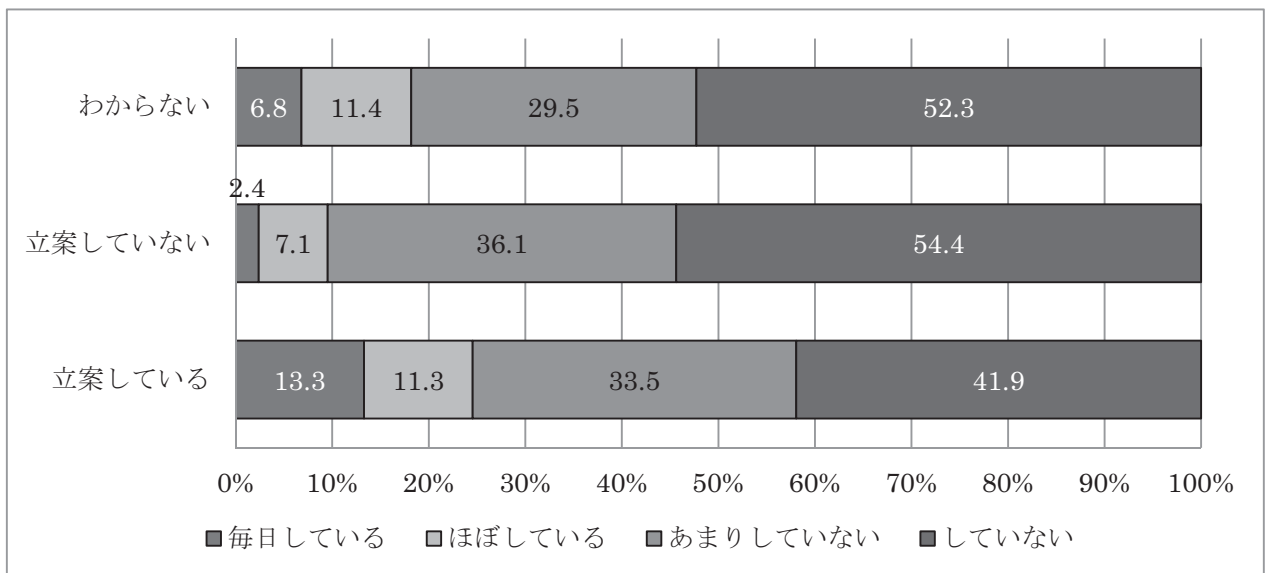
	立案している	立案していない	わからない
毎日している	6	0	1
ほぼしている	38	14	2
あまりしていない	124	49	7
していない	223	189	34

図 68 食事の準備をしていますか？



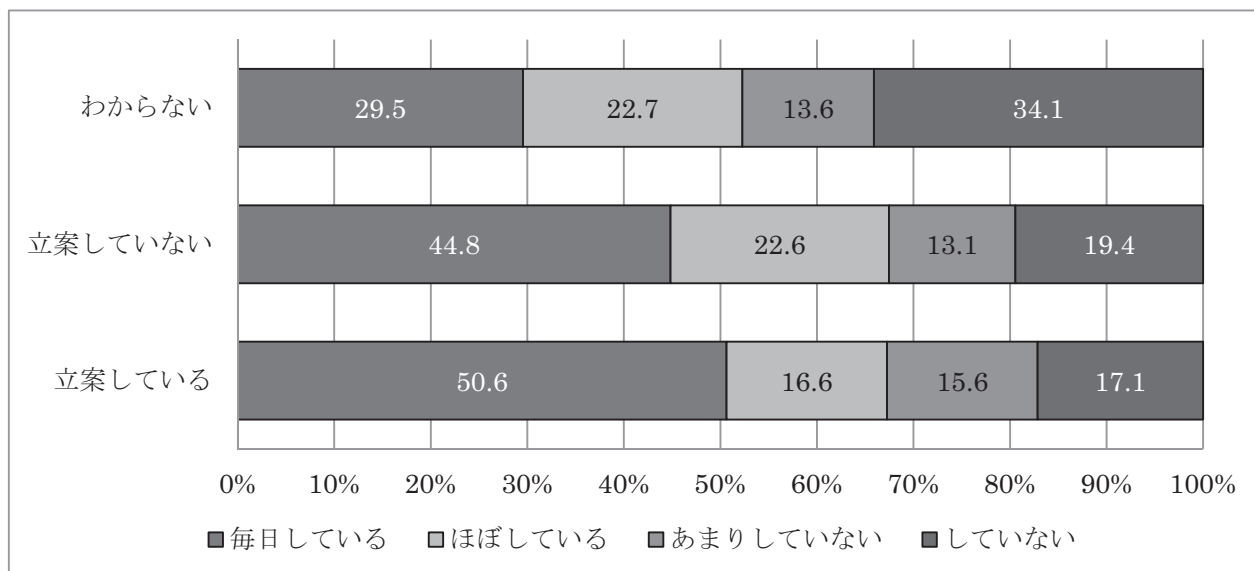
	立案している	立案していない	わからない
毎日している	132	48	10
ほぼしている	50	33	5
あまりしていない	94	78	8
していない	115	93	21

図 69 料理をいっしょにしていますか？



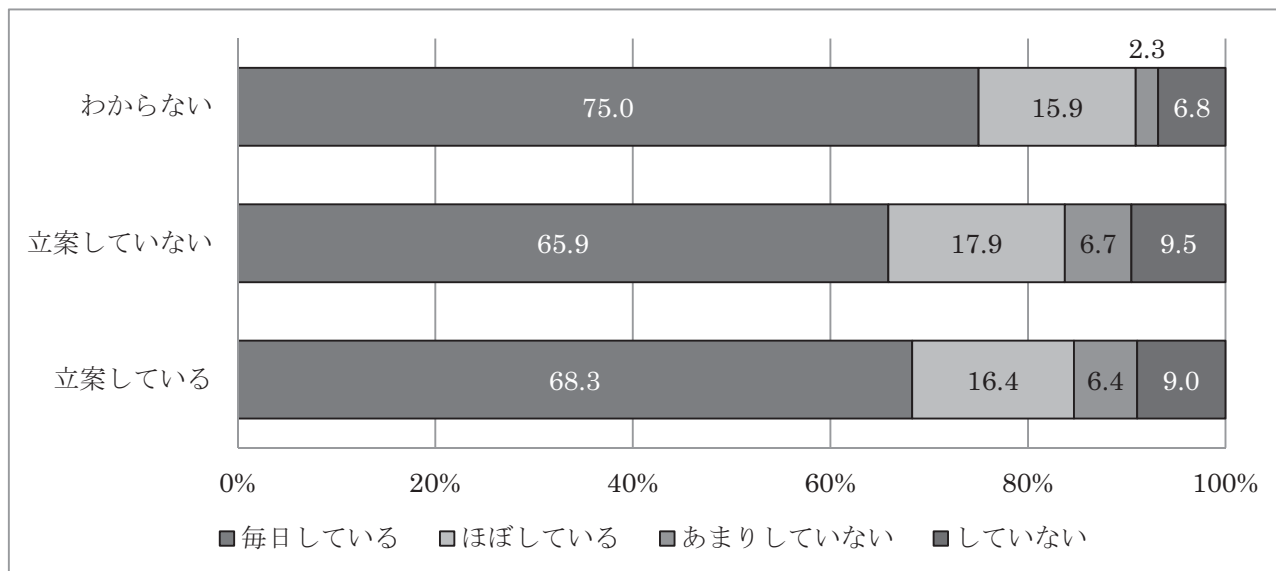
	立案している	立案していない	わからない
毎日している	52	6	3
ほぼしている	44	18	5
あまりしていない	131	91	13
していない	164	137	23

図 70 食事の後片付けをいっしょにしていますか？



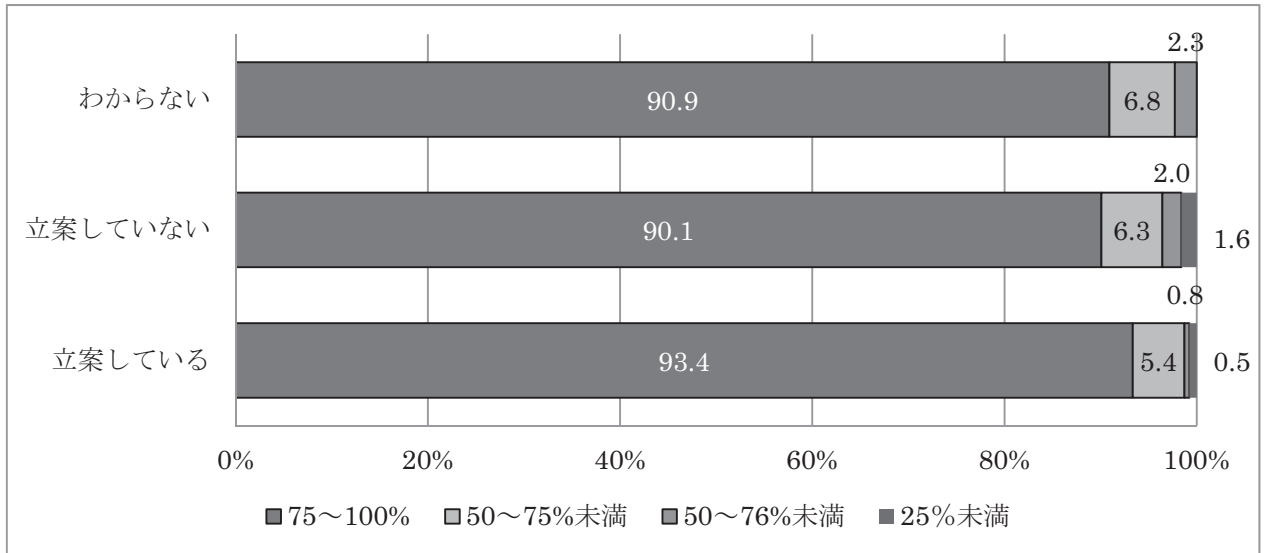
	立案している	立案していない	わからない
毎日している	198	113	13
ほぼしている	65	57	10
あまりしていない	61	33	6
していない	67	49	15

図 71 定期的な身体測定



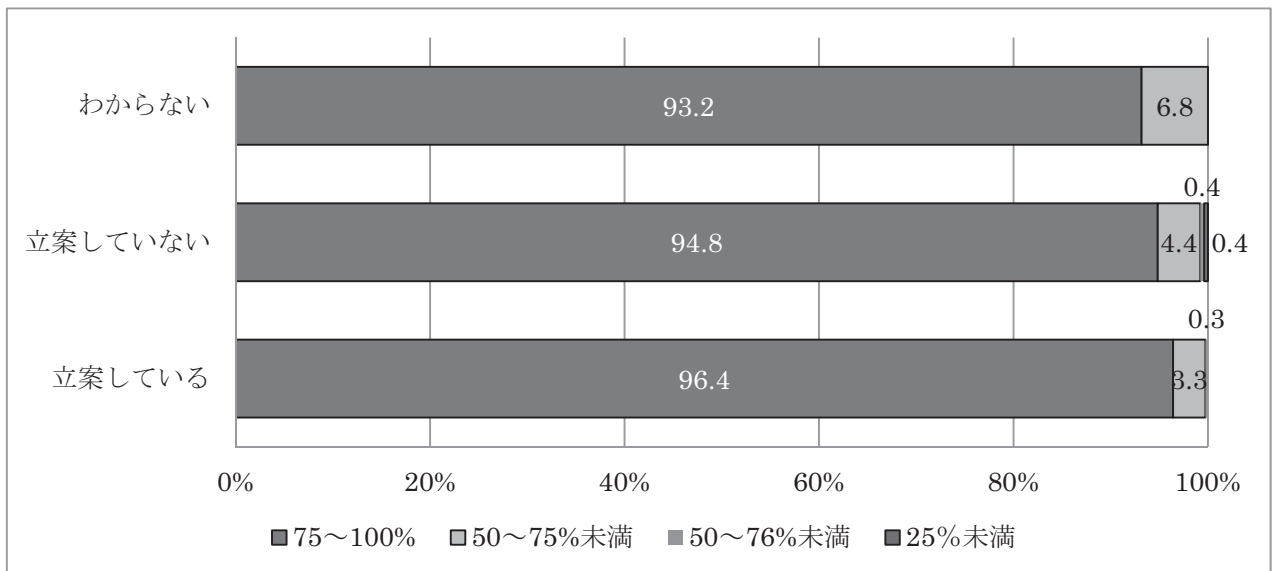
	立案している	立案していない	わからない
毎日している	267	166	33
ほぼしている	64	45	7
あまりしていない	25	17	1
していない	35	24	3

図 72 残さずに食べる



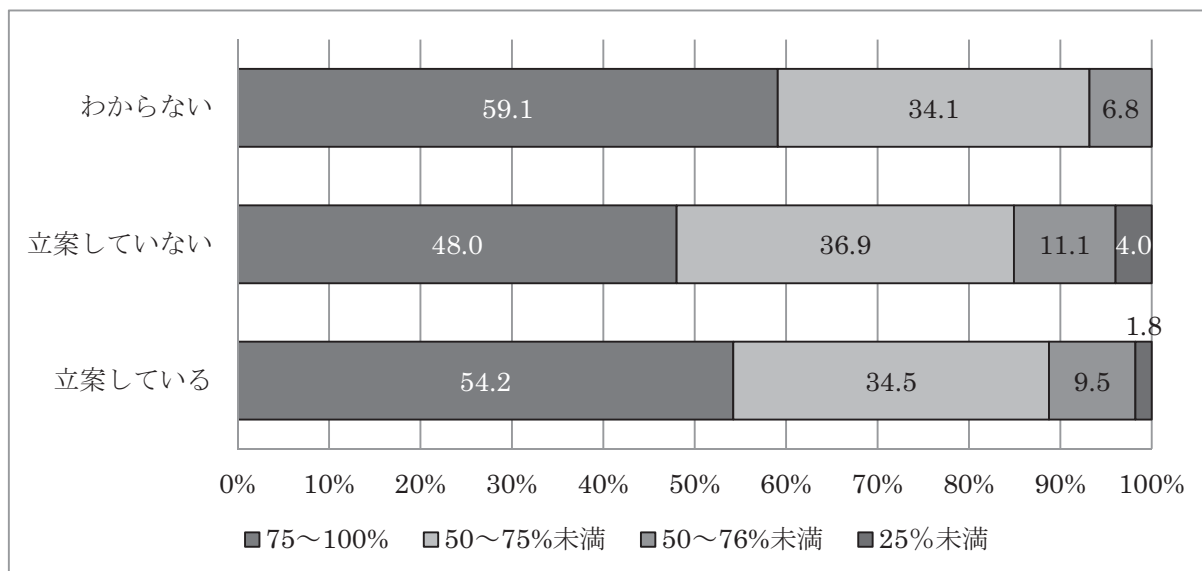
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	365	227	40
50~75%未満	21	16	3
50~76%未満	2	5	1
25%未満	3	4	0

図 73 食べるのが好き



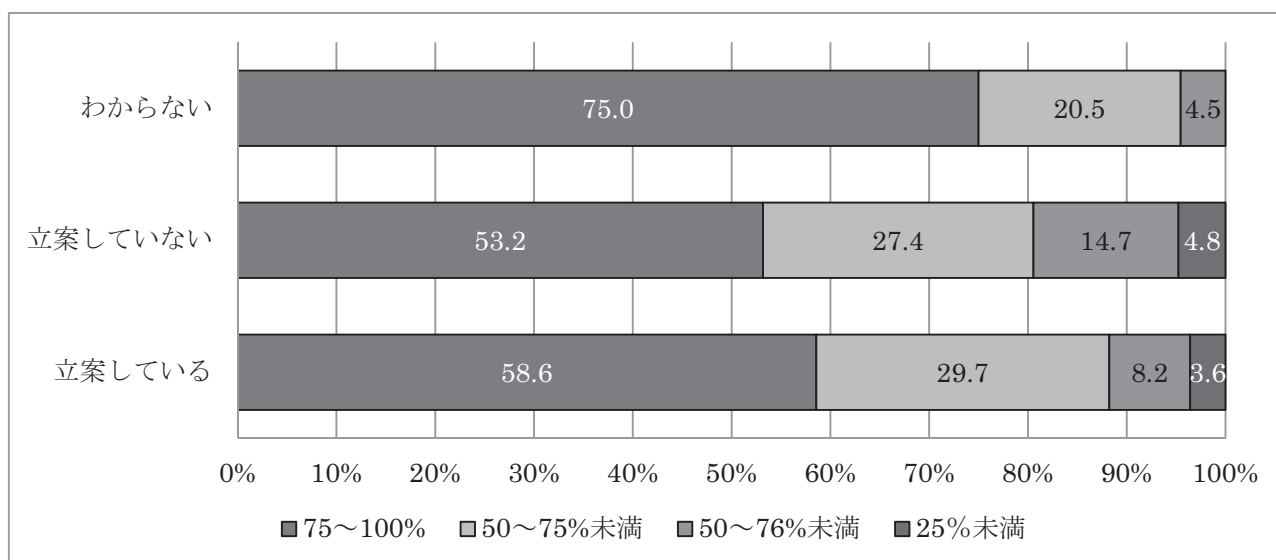
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	377	239	41
50~75%未満	13	11	3
50~76%未満	1	1	0
25%未満	0	1	0

図 74 食事中の姿勢がよい



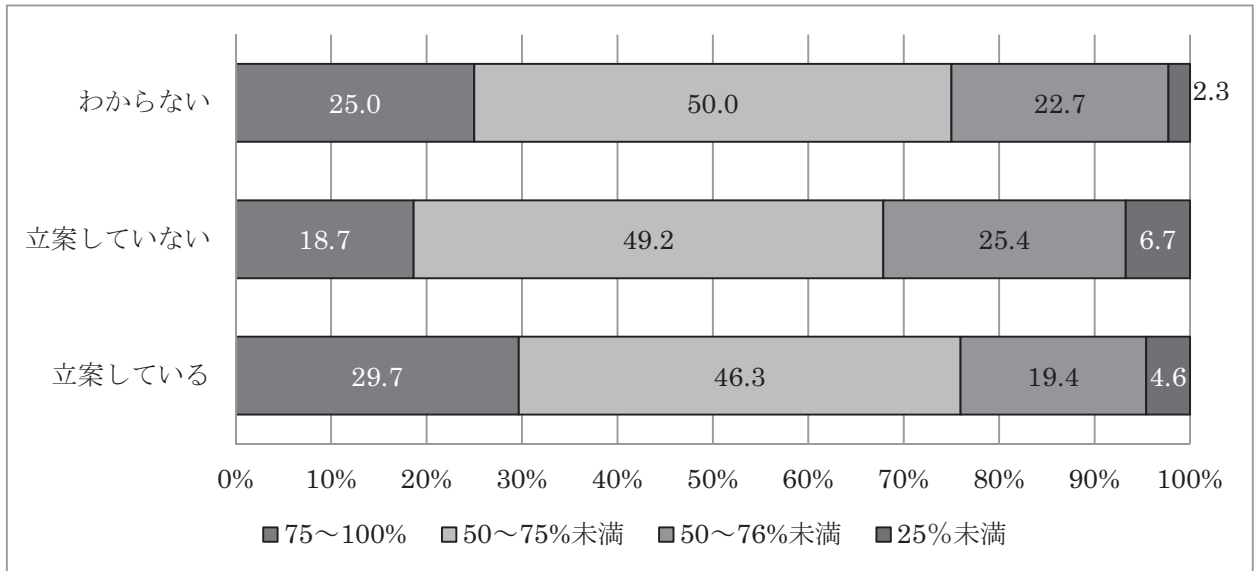
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	212	121	26
50~75%未満	135	93	15
50~76%未満	37	28	3
25%未満	7	10	0

図 75 お箸の持ち方がじょうず



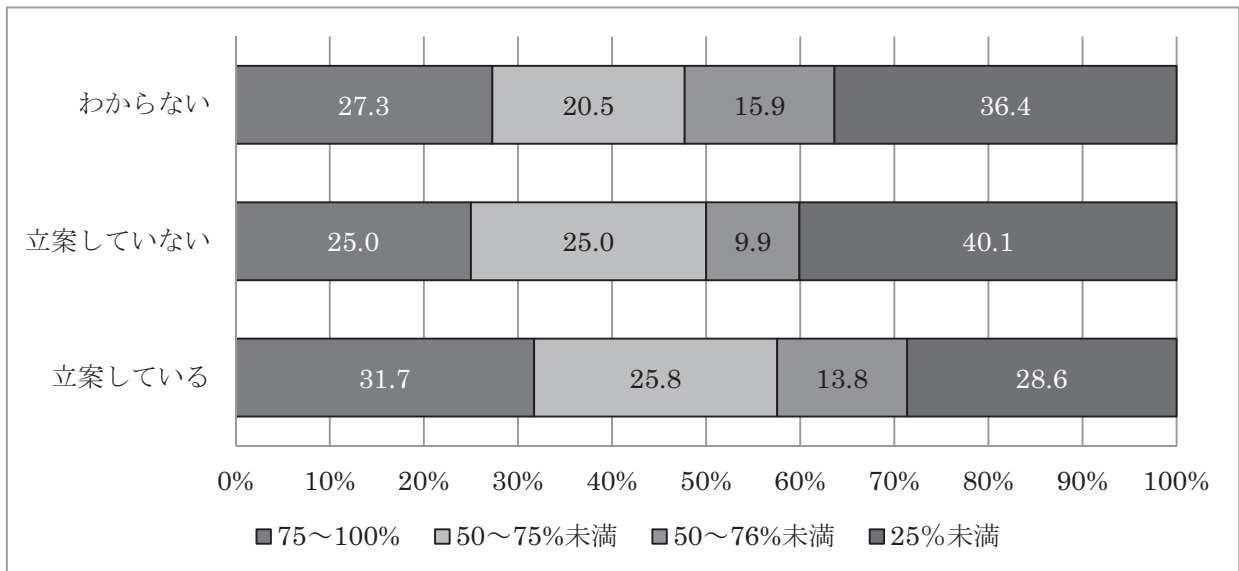
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	229	134	33
50~75%未満	116	69	9
50~76%未満	32	37	2
25%未満	14	12	0

図 76 よく噛んで食べる



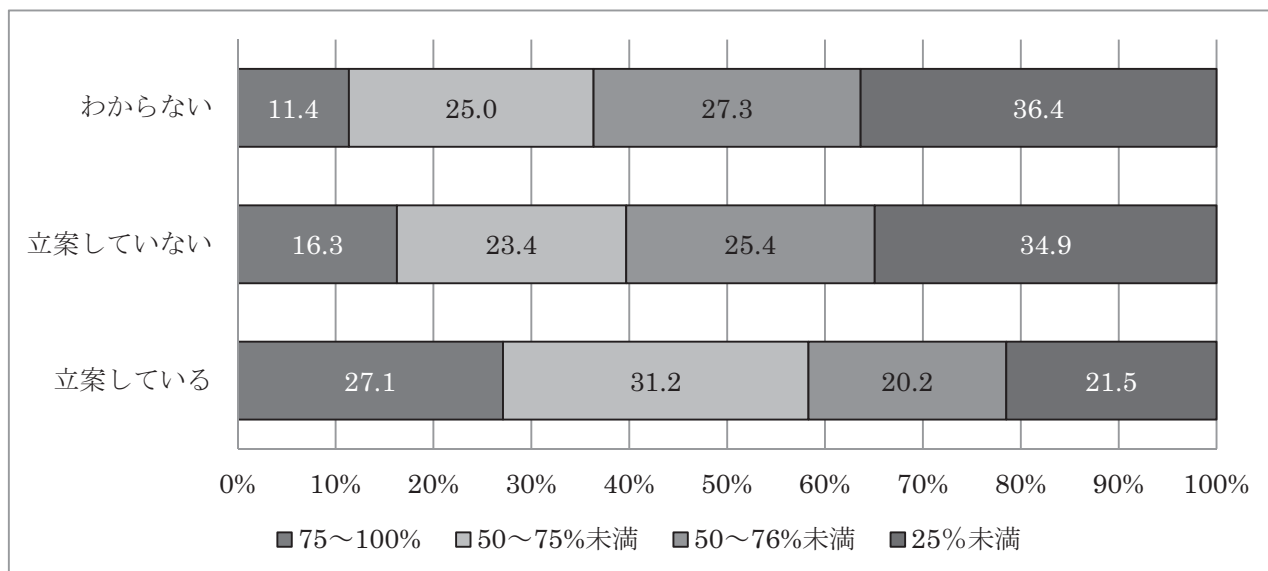
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	116	47	11
50~75%未満	181	124	22
50~76%未満	76	64	10
25%未満	18	17	1

図 77 夕食前にお腹がすいたと言う



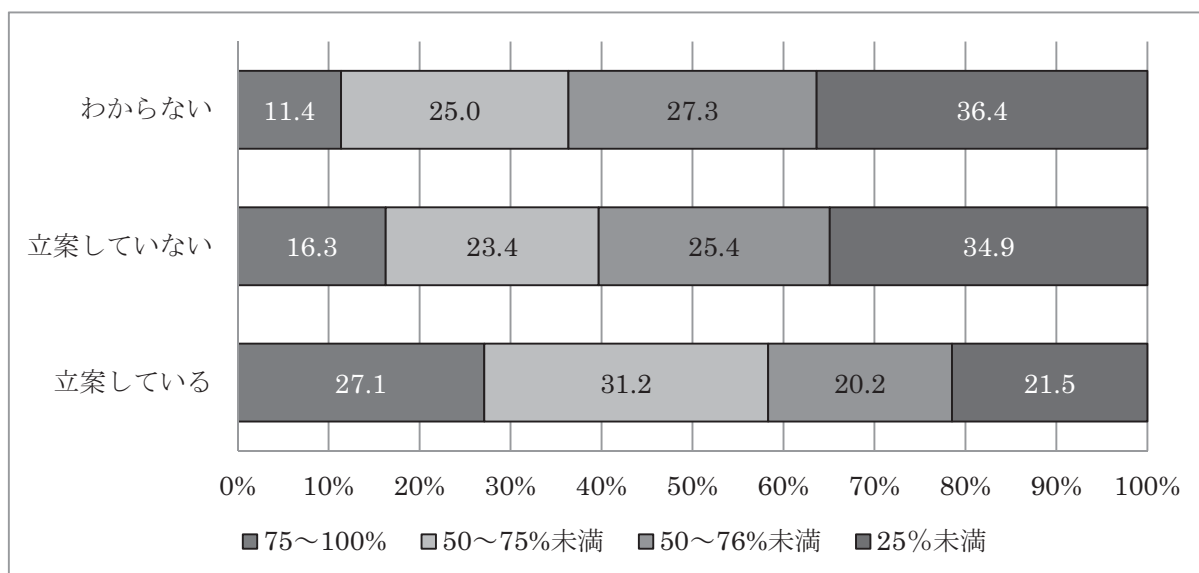
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	124	63	12
50~75%未満	101	63	9
50~76%未満	54	25	7
25%未満	112	101	16

図 78 体を動かすことをする



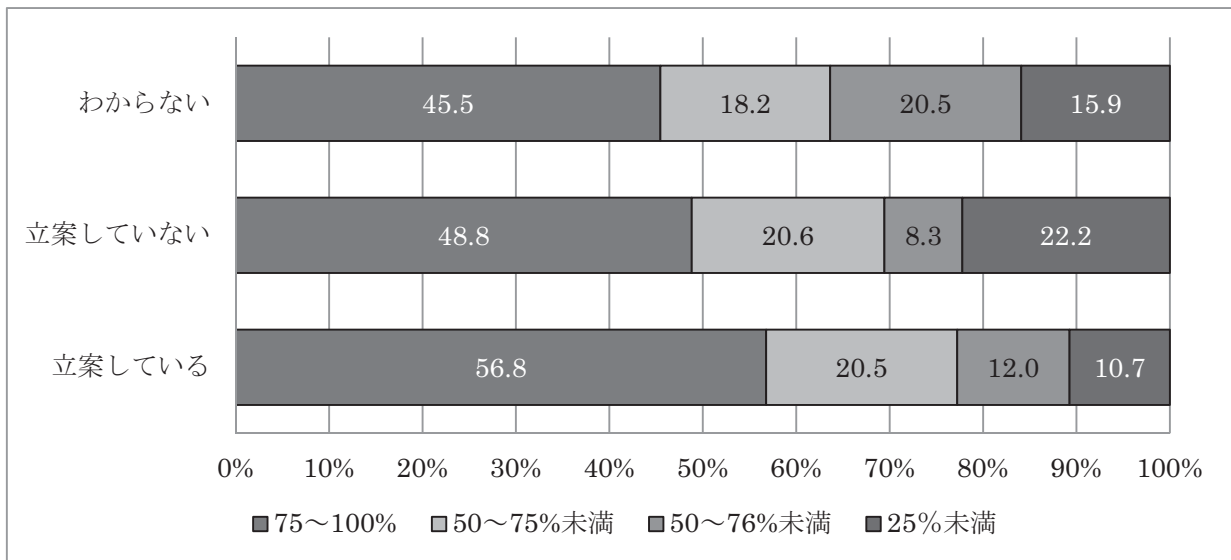
	立案している	立案していない	わからない
75～100%	106	41	5
50～75%未満	122	59	11
50～76%未満	79	64	12
25%未満	84	88	16

図 79 食べ物に興味がある



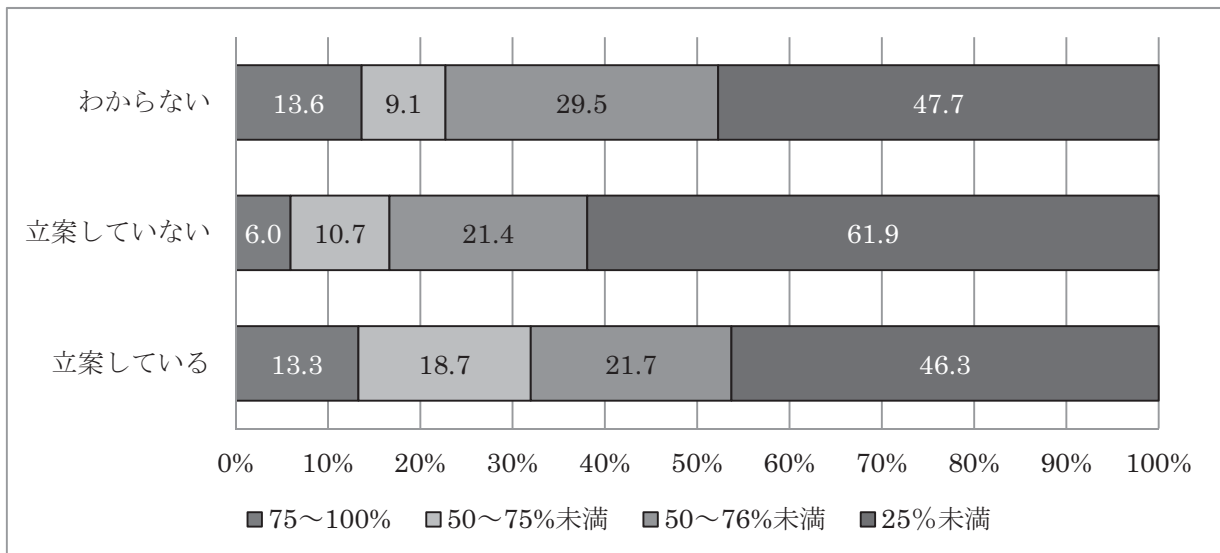
	立案している	立案していない	わからない
75～100%	106	41	5
50～75%未満	122	59	11
50～76%未満	79	64	12
25%未満	84	88	16

図 80 食事の準備や後片付けのお手伝いをする



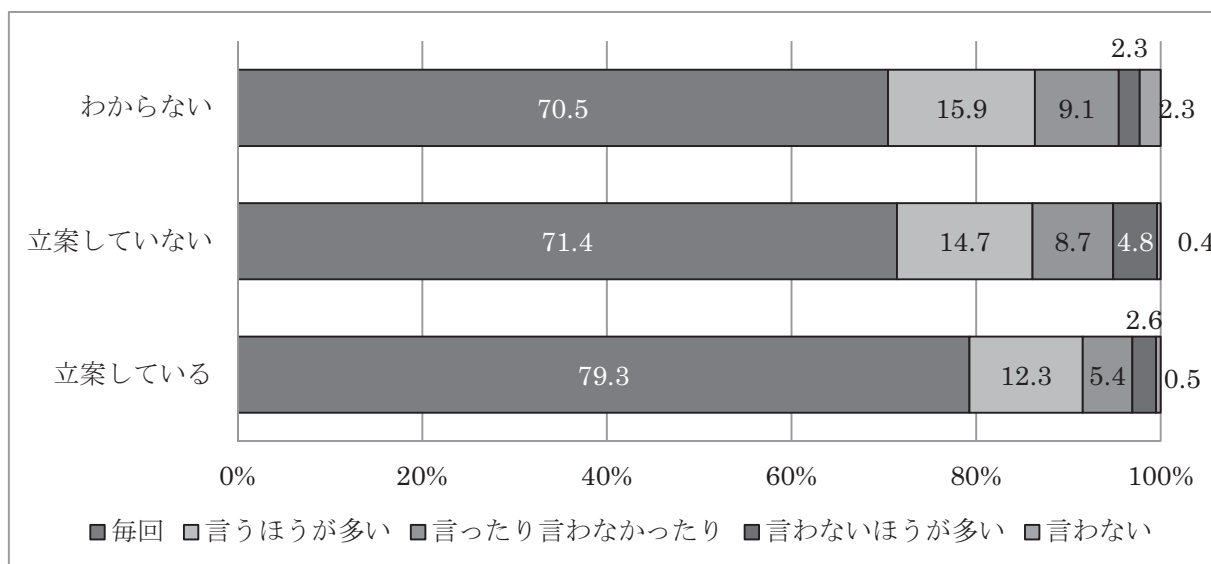
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	222	123	20
50~75%未満	80	52	8
50~76%未満	47	21	9
25%未満	42	56	7

図 81 お料理を作ることが好き



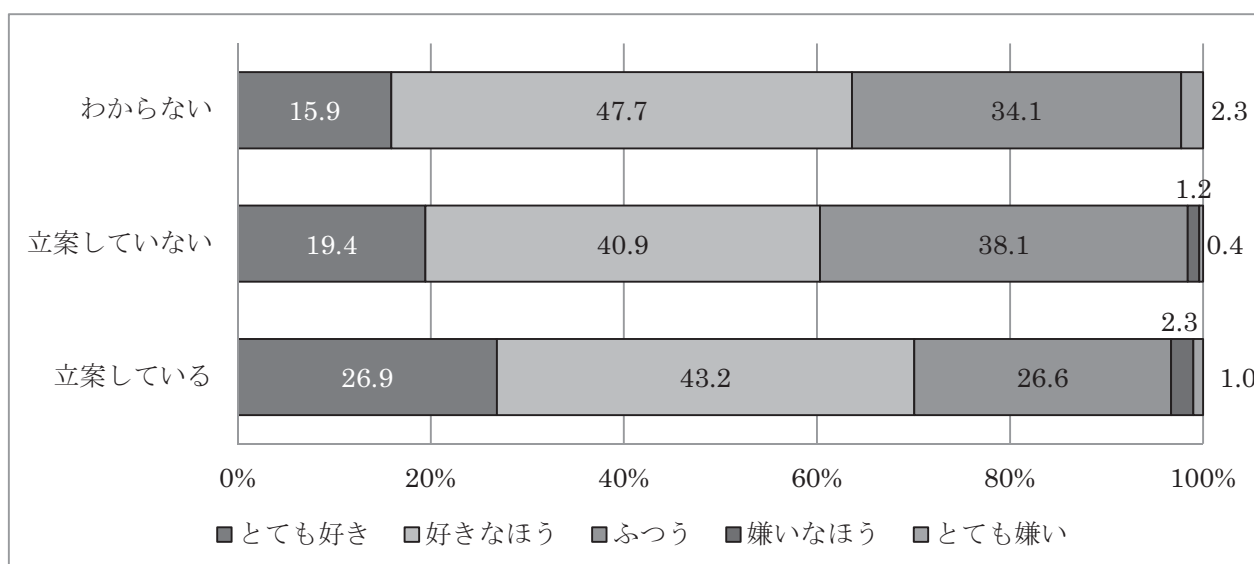
	立案している	立案していない	わからない
75~100%	52	15	6
50~75%未満	73	27	4
50~76%未満	85	54	13
25%未満	181	156	21

図 82 いただきますを言う



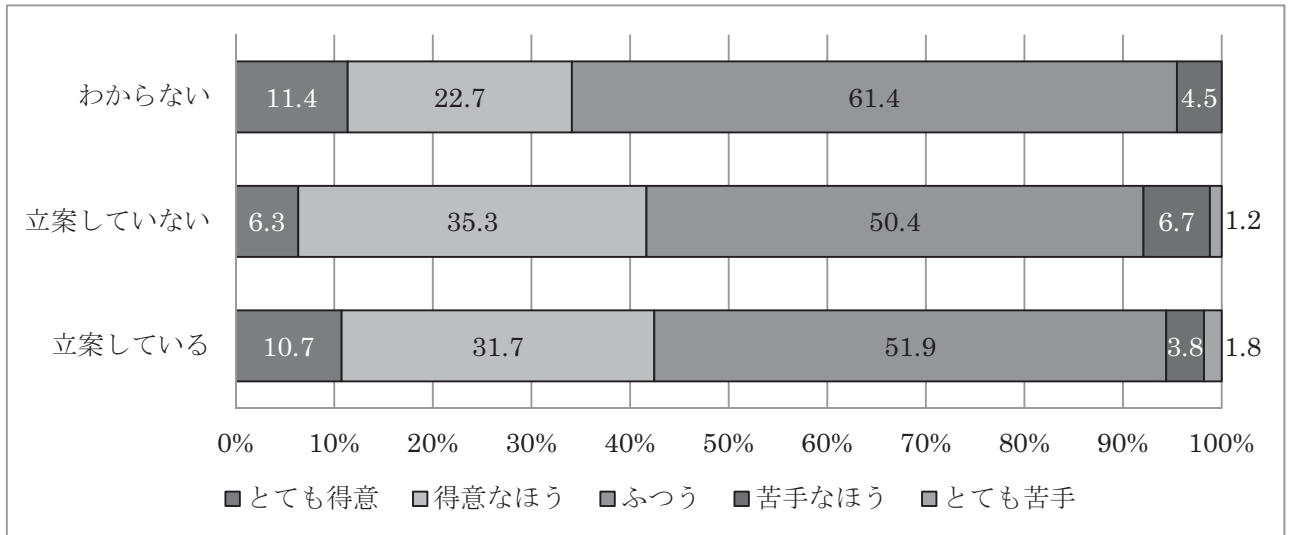
	立案している	立案していない	わからない
毎回	310	180	31
言うほうが多い	48	37	7
言ったり言わなかったり	21	22	4
言わないほうが多い	10	12	1
言わない	2	1	1

図 83 お料理を作るのは好き



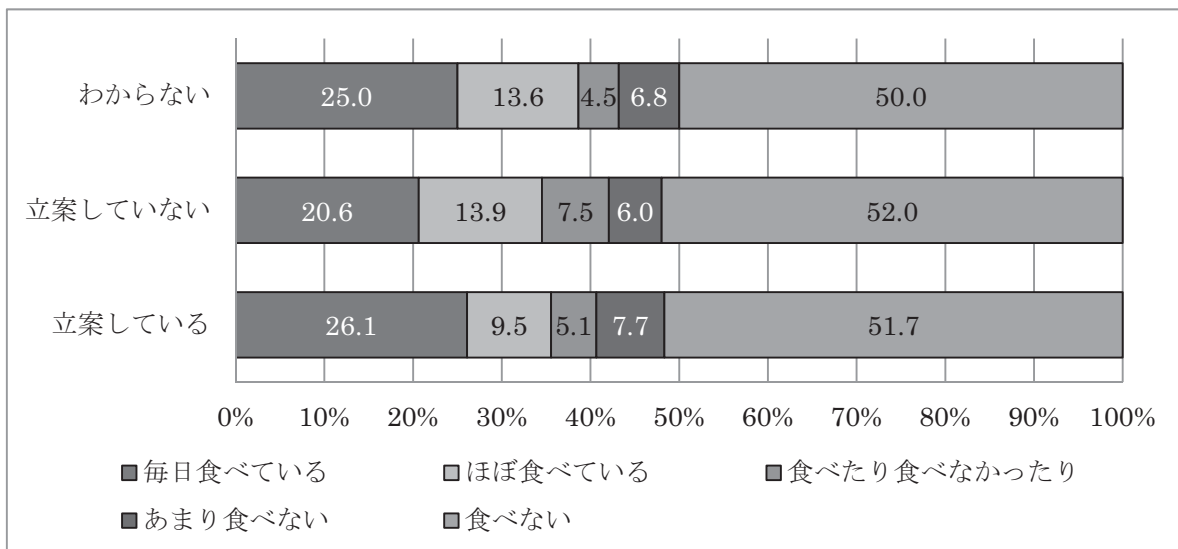
	立案している	立案していない	わからない
とても好き	105	49	7
好きなほう	169	103	21
ふつう	104	96	15
嫌いなほう	9	3	0
とても嫌い	4	1	1

図 84 お料理を作るのは得意



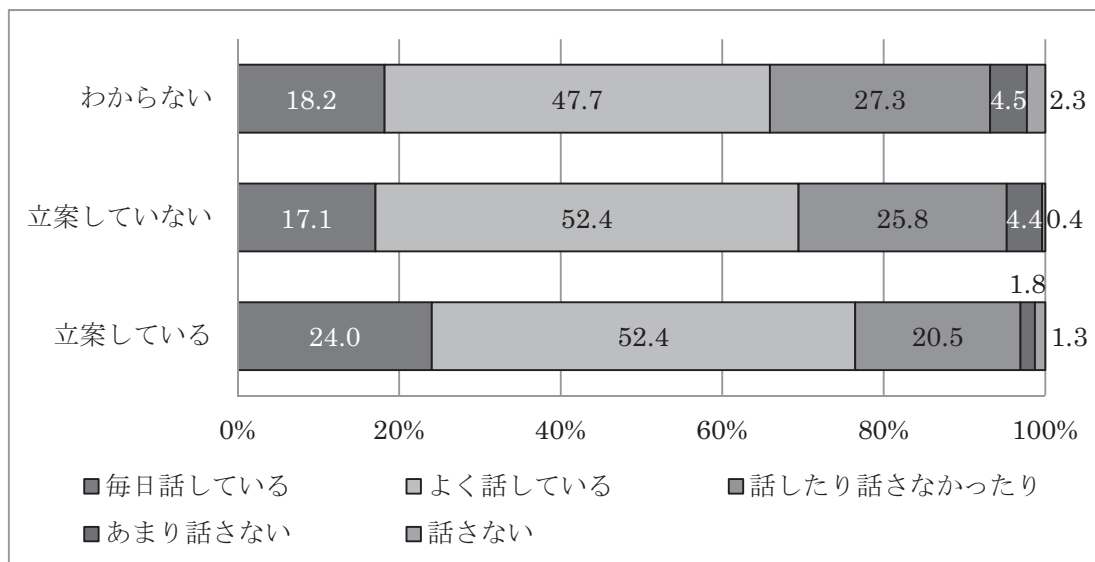
	立案している	立案していない	わからない
とても得意	42	16	5
得意なほう	124	89	10
ふつう	203	127	27
苦手なほう	15	17	2
とても苦手	7	3	0

図 85 利用者といっしょに夕食を食べている



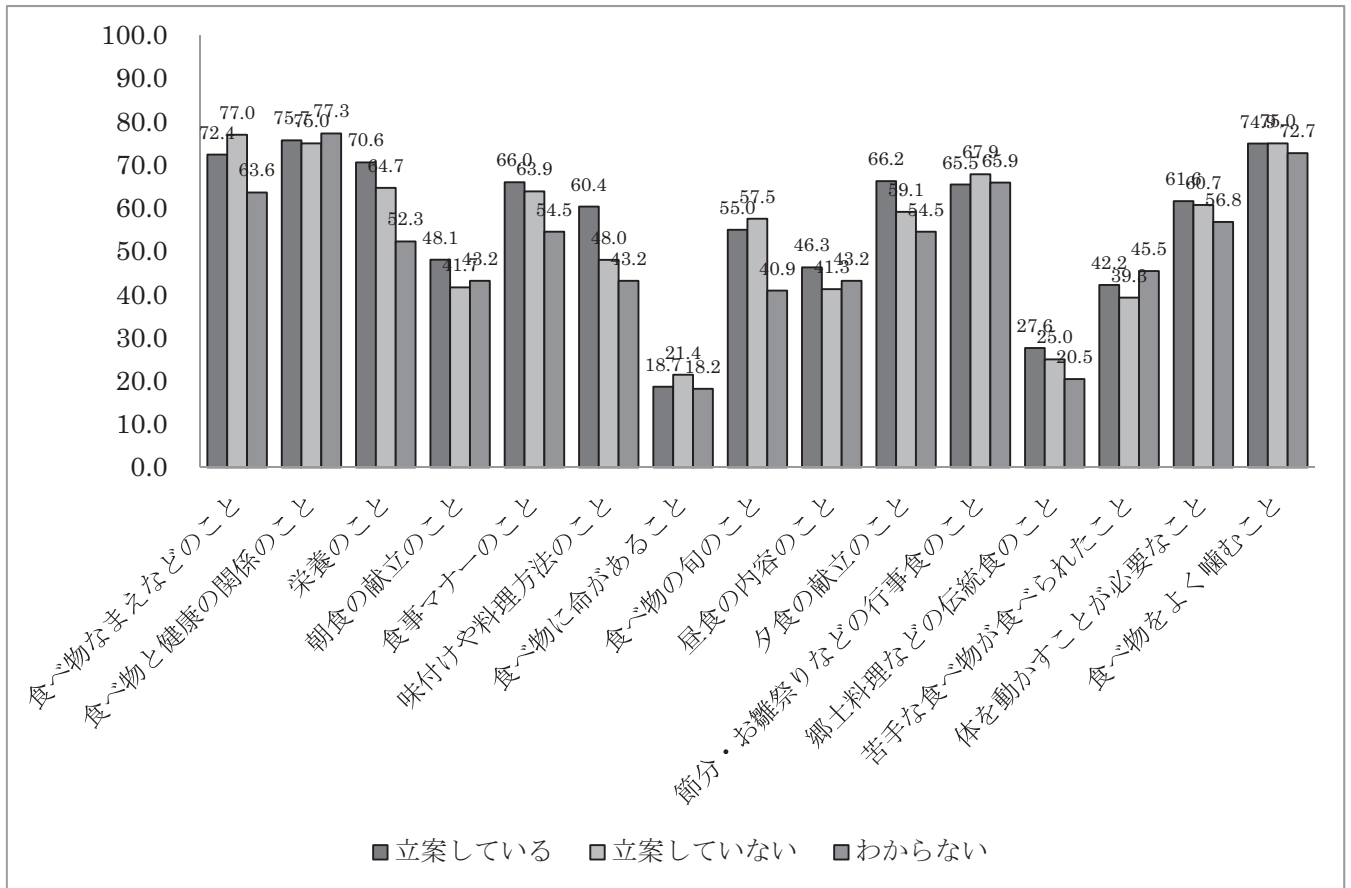
	立案している	立案していない	わからない
毎日食べている	102	52	11
ほぼ食べている	37	35	6
食べたり食べなかったり	20	19	2
あまり食べない	30	15	3
食べない	202	131	22

図 86 利用者に食べ物の話をする



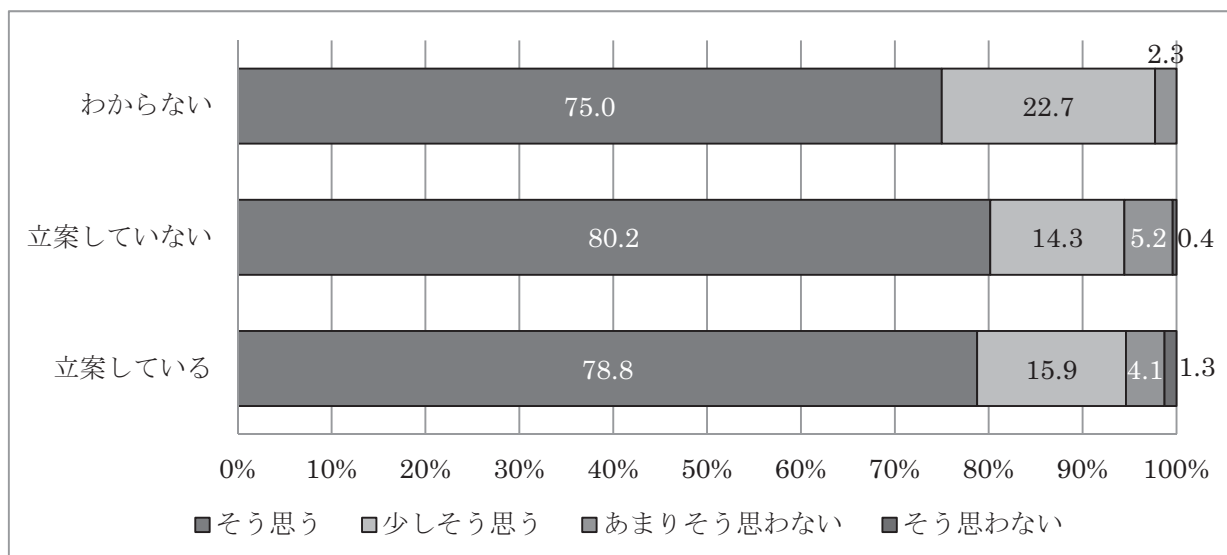
	立案している	立案していない	わからない
毎日話している	94	43	8
よく話している	205	132	21
話したり話さなかったり	80	65	12
あまり話さない	7	11	2
話さない	5	1	1

図 87 世話人の利用者との話題



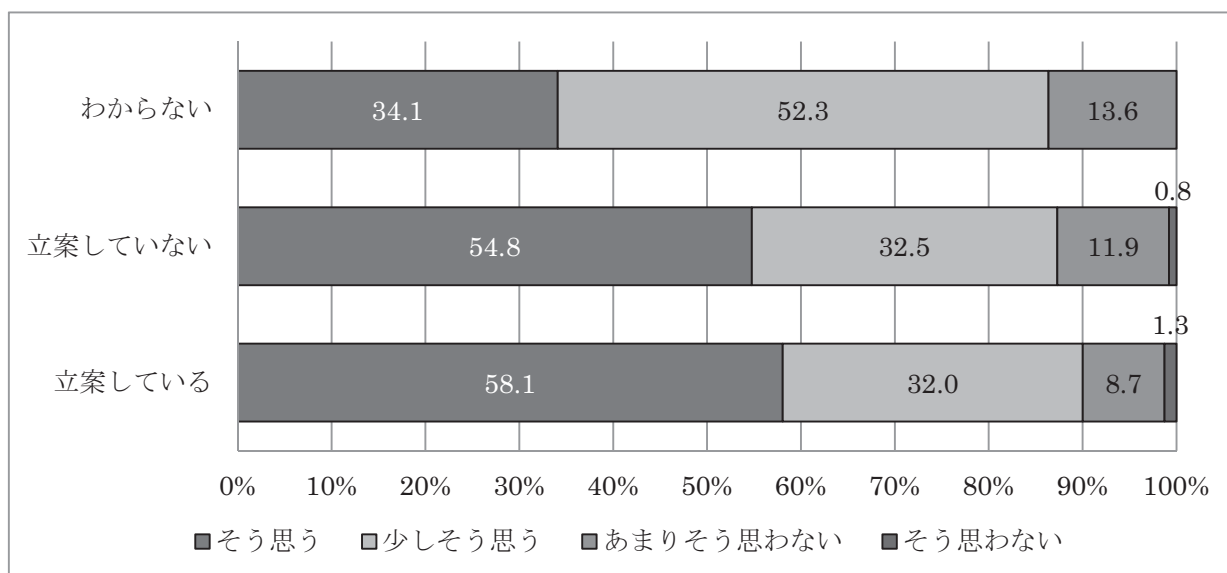
	立案している	立案していない	わからない
食べ物なまえなどのこと	283	194	28
食べ物と健康の関係のこと	296	189	34
栄養のこと	276	163	23
朝食の献立のこと	188	105	19
食事マナーのこと	258	161	24
味付けや料理方法のこと	236	121	19
食べ物に命があること	73	54	8
食べ物の旬のこと	215	145	18
昼食の内容のこと	181	104	19
夕食の献立のこと	259	149	24
節分・お雛祭りなどの行事食のこと	256	171	29
郷土料理などの伝統食のこと	108	63	9
苦手な食べ物が食べられたこと	165	99	20
体を動かすことが必要なこと	241	153	25
食べ物をよく噛むこと	293	189	32

図 88 行事食を伝えることは大切



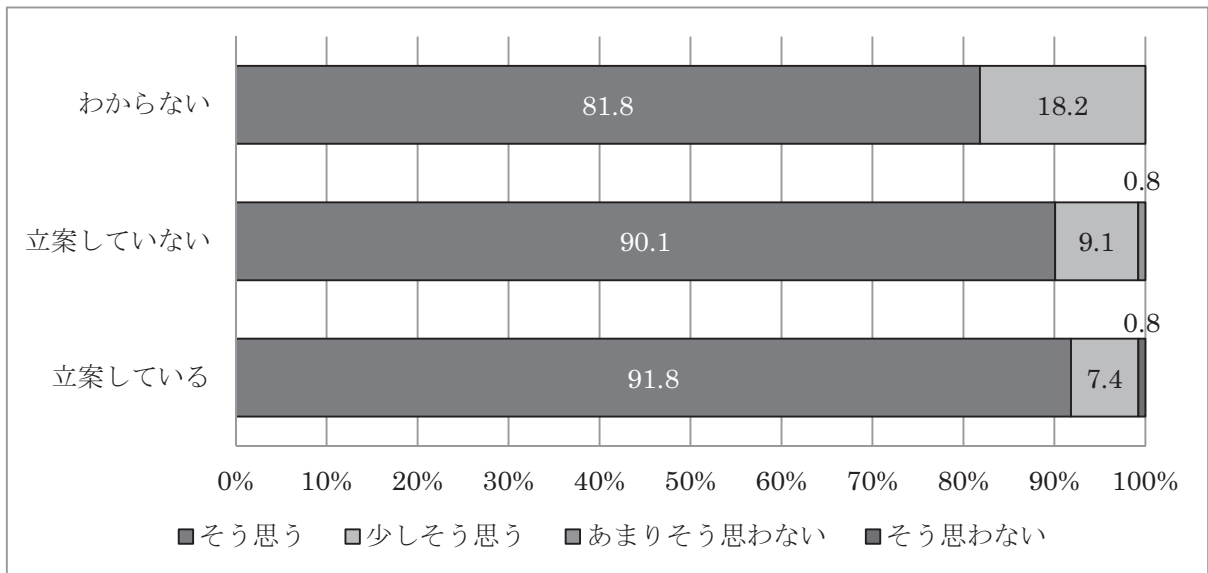
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	308	202	33
少しそう思う	62	36	10
あまりそう思わない	16	13	1
そう思わない	5	1	0

図 89 郷土料理・伝統食を伝えることは大切



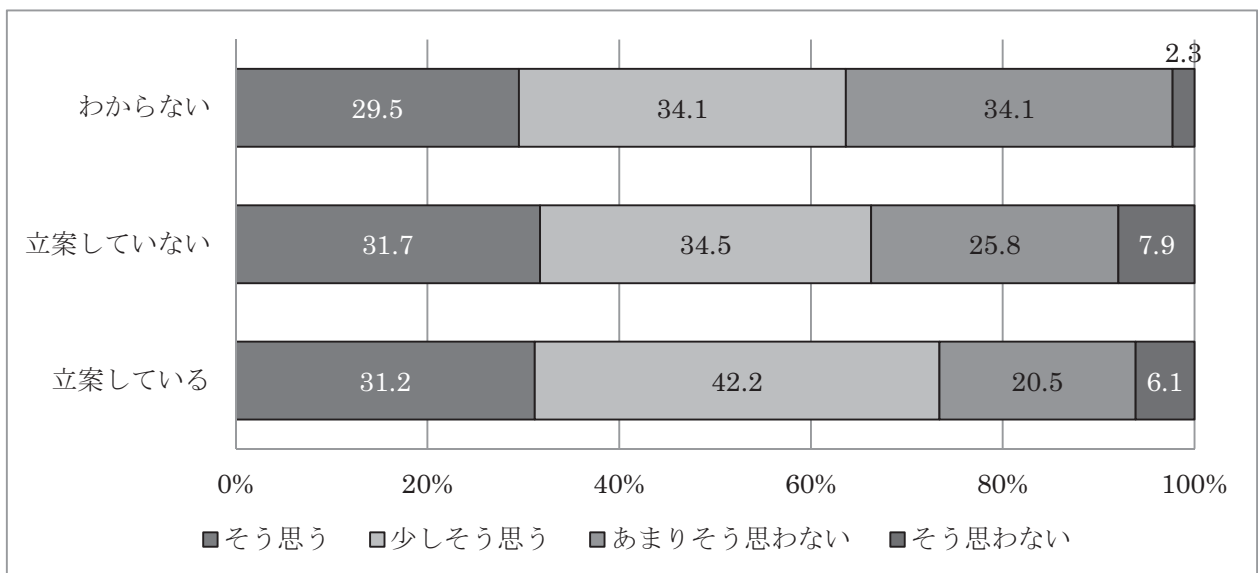
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	227	138	15
少しそう思う	125	82	23
あまりそう思わない	34	30	6
そう思わない	5	2	0

図 90 食事バランスの適切なとり方を教えることは大切



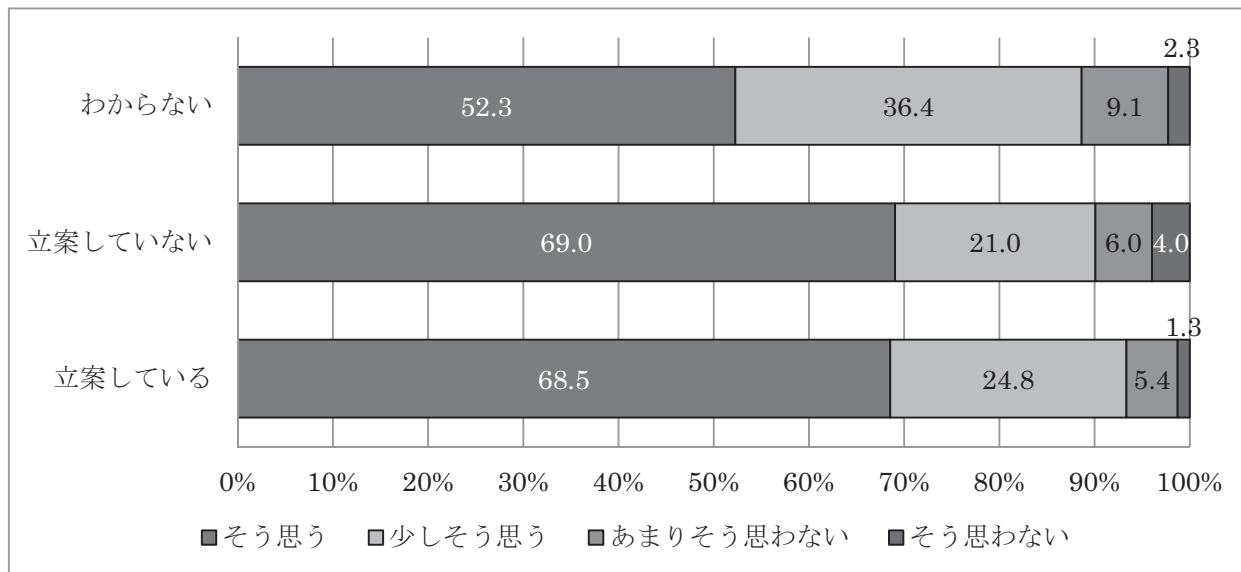
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	359	227	36
少しそう思う	29	23	8
あまりそう思わない	0	2	0
そう思わない	359	227	36

図 91 料理のコツなどを教える料理教室は必要



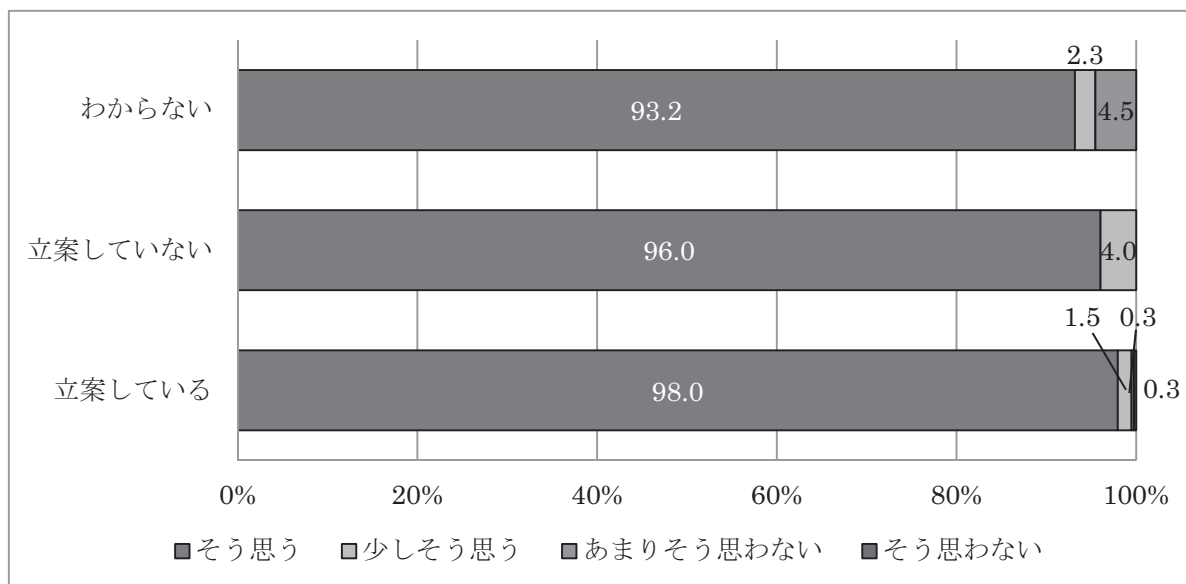
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	122	80	13
少しそう思う	165	87	15
あまりそう思わない	80	65	15
そう思わない	24	20	1

図 92 病気(糖尿病・高血圧など)や肥満・やせの相談を受ける必要がある



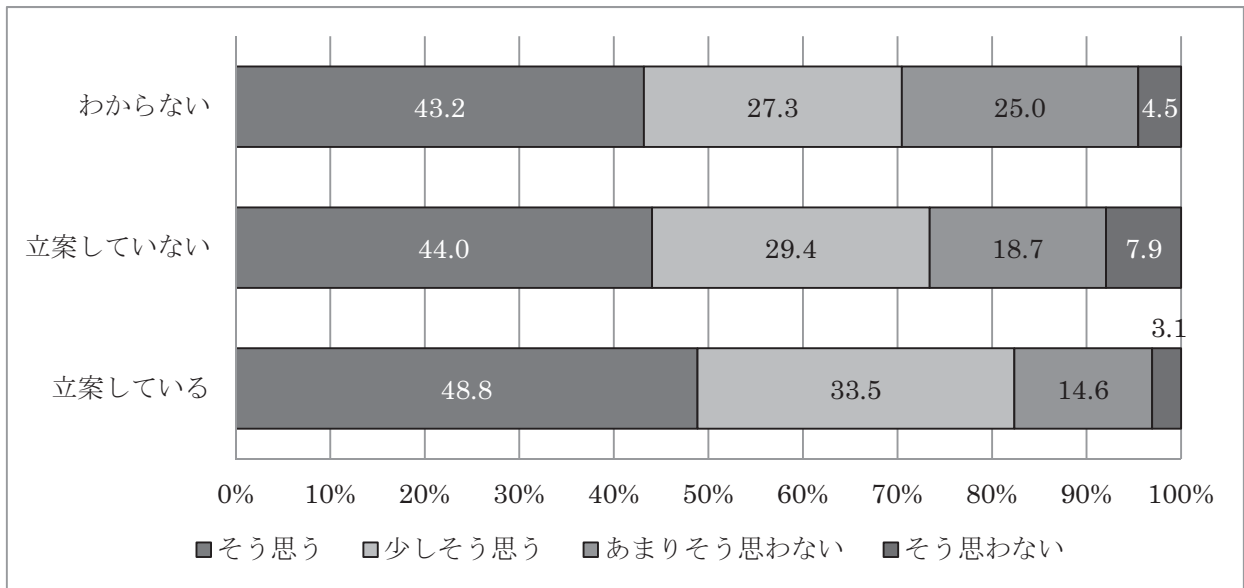
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	268	174	23
少しそう思う	97	53	16
あまりそう思わない	21	15	4
そう思わない	5	10	1

図 93 食事時のあいさつ「いただきます」などは必要



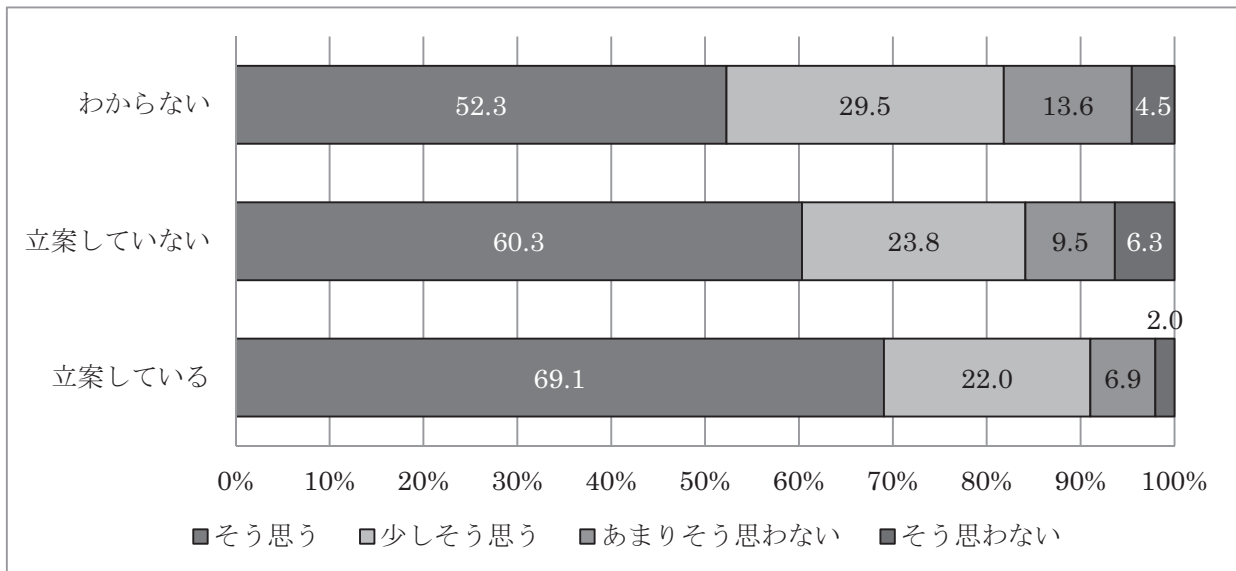
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	383	242	41
少しそう思う	6	10	1
あまりそう思わない	1	0	2
そう思わない	1	0	0

図 94 食事の準備をいっしょに行うことは必要



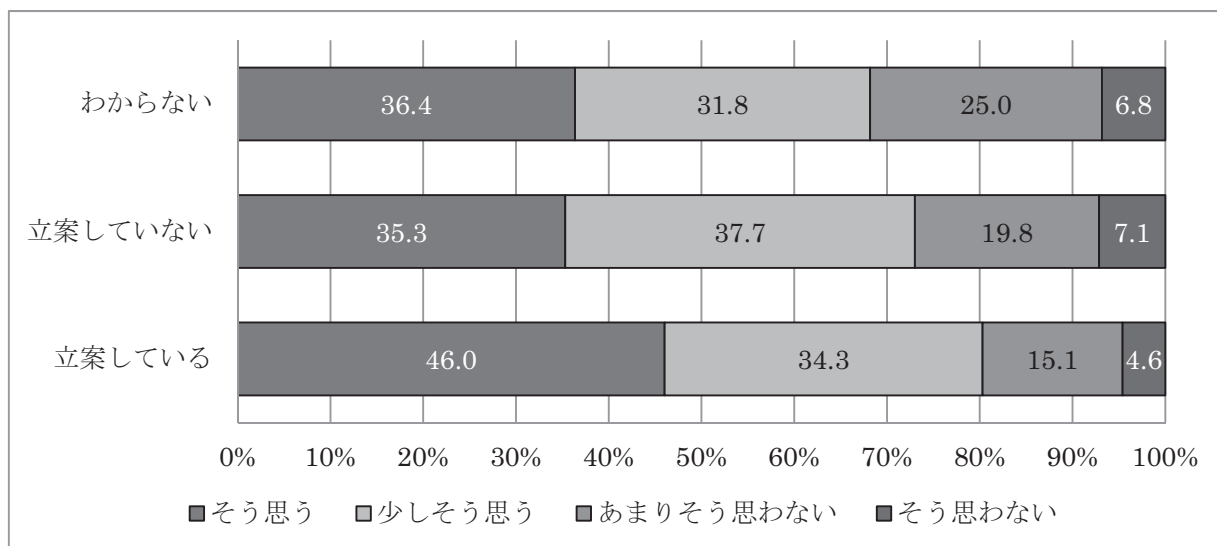
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	191	111	19
少しそう思う	131	74	12
あまりそう思わない	57	47	11
そう思わない	12	20	2

図 95 食事の後片付けをいっしょに行うことは必要



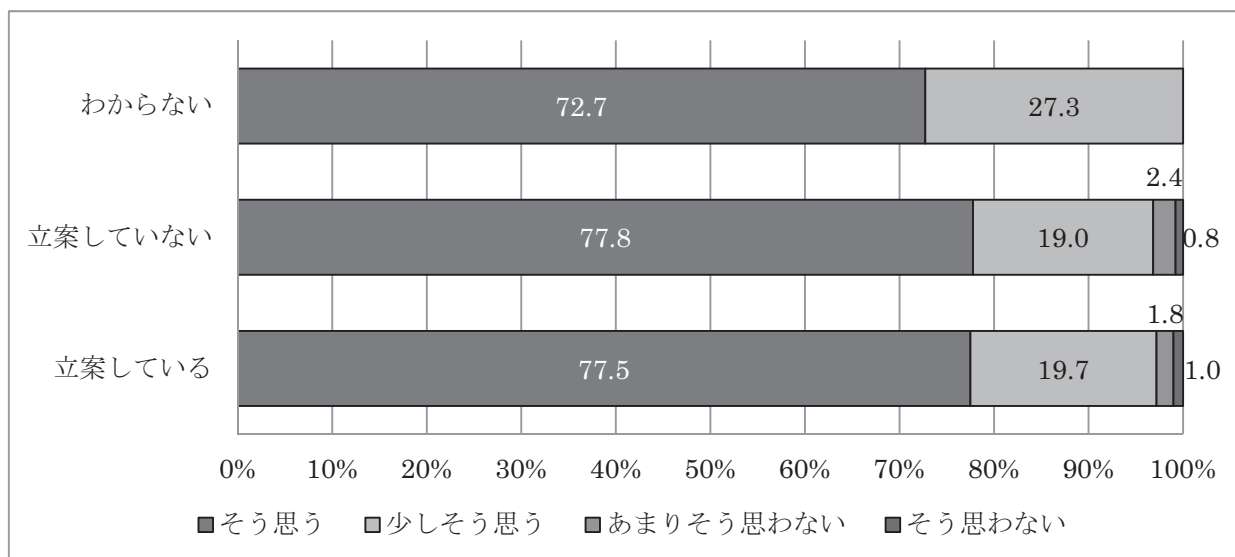
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	270	152	23
少しそう思う	86	60	13
あまりそう思わない	27	24	6
そう思わない	8	16	2

図 96 簡単に作れる料理などレシピ紹介をすることは必要



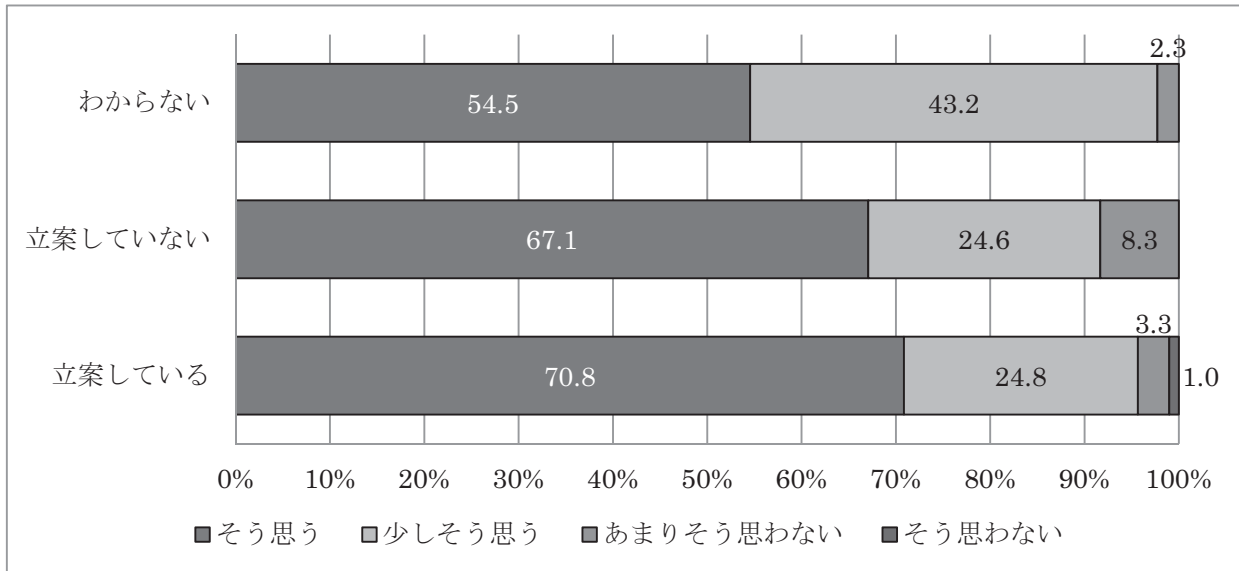
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	180	89	16
少しそう思う	134	95	14
あまりそう思わない	59	50	11
そう思わない	18	18	3

図 97 楽しく食べる環境づくりは必要



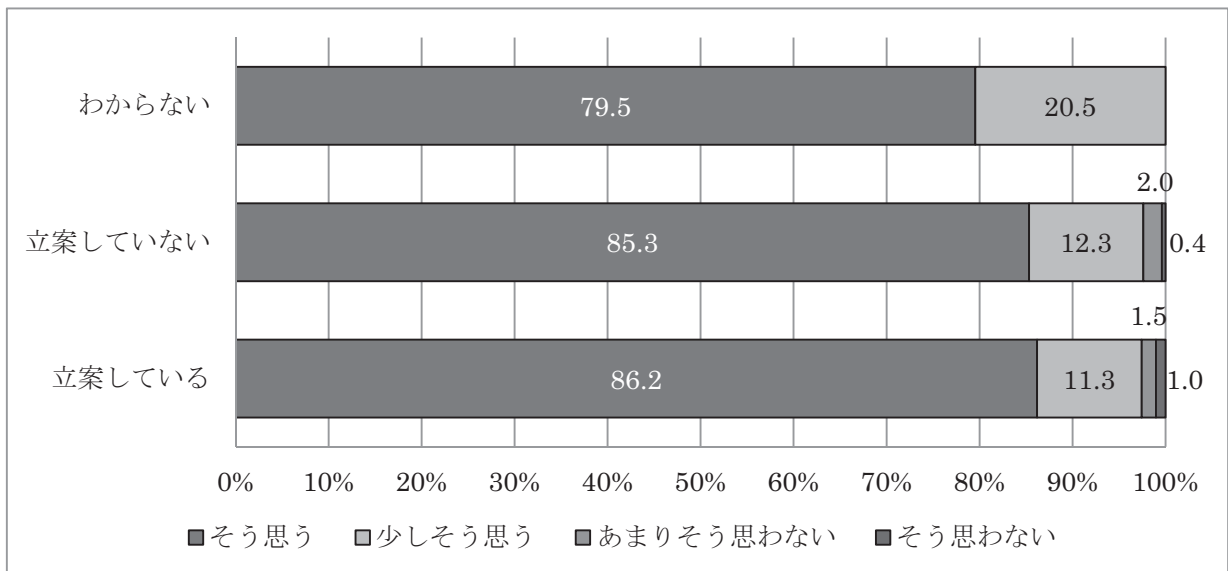
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	303	196	32
少しそう思う	77	48	12
あまりそう思わない	7	6	0
そう思わない	4	2	0

図 98 食べ物の旬を教えることは必要



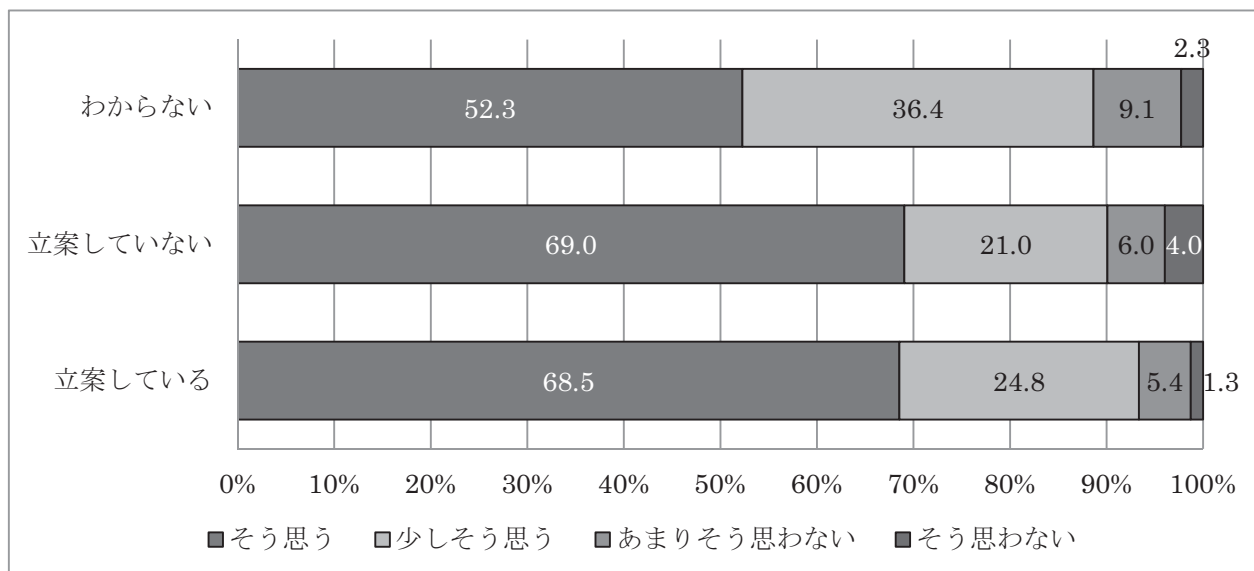
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	277	169	24
少しそう思う	97	62	19
あまりそう思わない	13	21	1
そう思わない	4	0	0

図 99 食べ物と健康の関係を教えることは必要



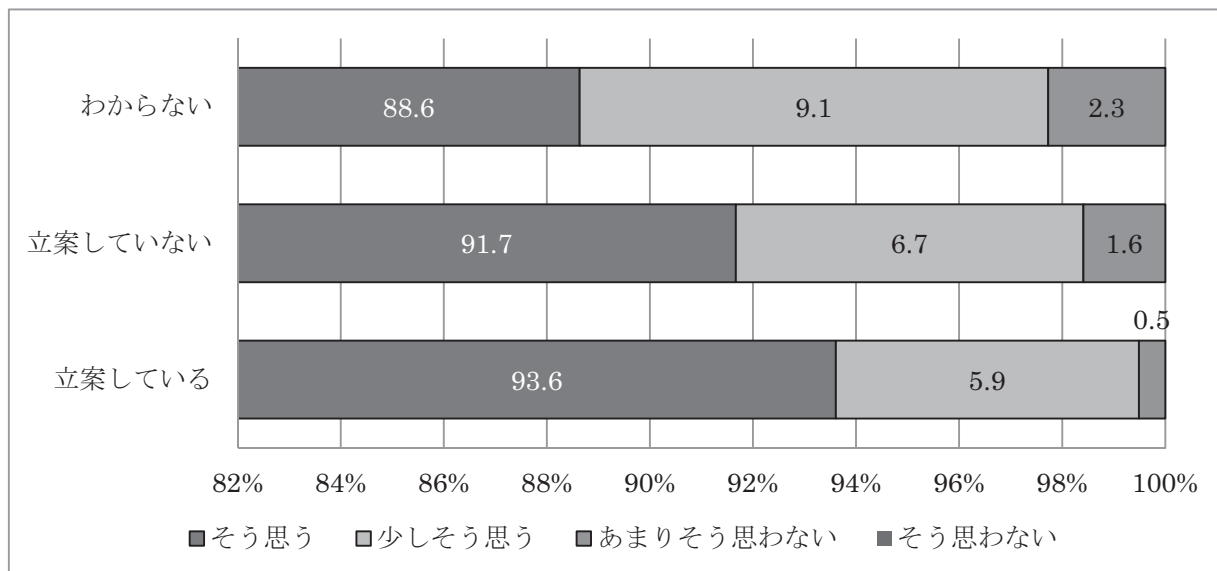
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	337	215	35
少しそう思う	44	31	9
あまりそう思わない	6	5	0
そう思わない	4	1	0

図 100 ゆっくりと良く噛んで食べることを教えることは必要



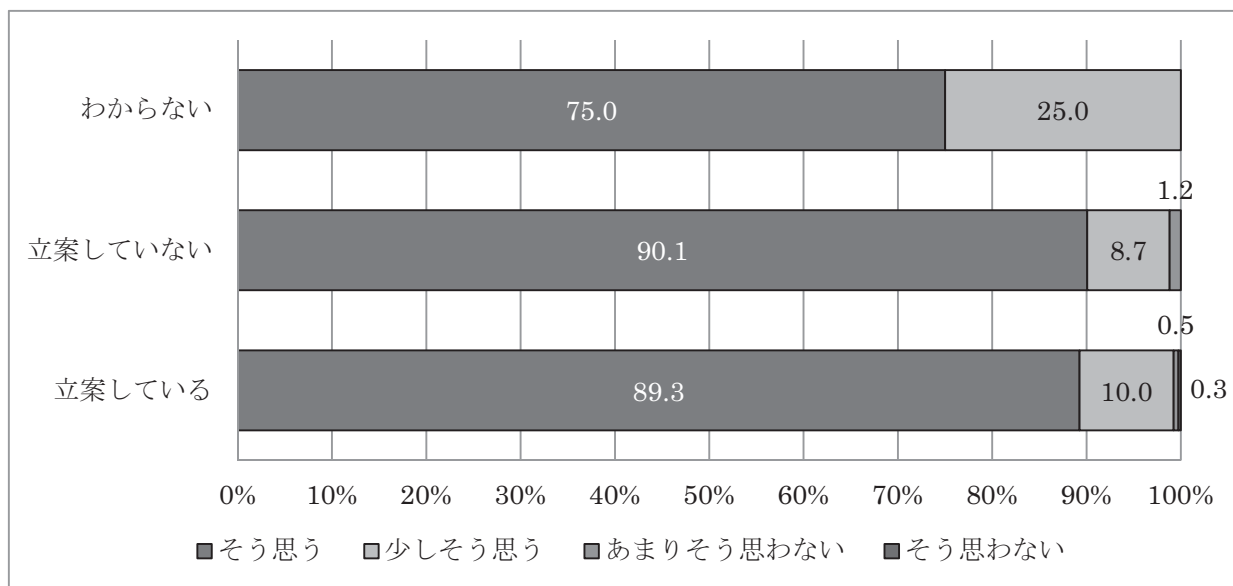
	立案している	立案していない	わからない
そう思う	268	174	23
少しそう思う	97	53	16
あまりそう思わない	21	15	4
そう思わない	5	10	1

図 101 歯磨きと歯の大切さの関係を教えることは必要



	立案している	立案していない	わからない
そう思う	366	231	39
少しそう思う	23	17	4
あまりそう思わない	2	4	1
そう思わない	0	0	0

図 102 身体計測の結果を見てやせや肥満の確認は必要



	立案している	立案していない	わからない
そう思う	349	227	33
少しそう思う	39	22	11
あまりそう思わない	2	3	0
そう思わない	1	0	0

表一覧

表1-1	グループホーム入居者のBMI群別身体的特徴(男性)
表1-2	グループホーム入居者のBMI群別身体的特徴(女性)
表2-1	グループホーム入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(男性、1000kcal補正)
表2-2	グループホーム入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(女性、1000kcal補正)
表3-1	グループホーム入居者のBMI群別食品(群)摂取量(男性、1000kcal補正)
表3-2	グループホーム入居者のBMI群別食品(群)摂取量(女性、1000kcal補正)
表4	グループホーム入居者のBMI群別既往歴および服薬、喫煙について(男女)
表5	グループホーム入居者のBMI群別移動手段や外出について(男女)
表6	グループホーム入居者のBMI群別健康に対する意識や体重増加の有無について(男女)
表7	グループホーム入居者のBMI群別食事に対する意識について(男女)
表8	グループホーム入居者のBMI群別食事の内容について(男女)
表9-1	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別身体的特徴(男性)
表9-2	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別身体的特徴(女性)
表10-1	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別エネルギーおよび栄養素摂取量(男性、1000kcal補正)
表10-2	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別エネルギーおよび栄養素摂取量(女性、1000kcal補正)
表11-1	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食品(群)摂取量(男性、1000kcal補正)
表11-2	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食品(群)摂取量(女性、1000kcal補正)
表12	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別既往歴および服薬、喫煙について(男女)
表13	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別移動手段や外出について(男女)
表14	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別健康に対する意識や体重増加の有無について(男女)
表15	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食事に対する意識について(男女)
表16	グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食事の内容について(男女)
表17-1	栄養課題がある入居者のBMI群別身体的特徴(男性)
表17-2	栄養課題がある入居者のBMI群別身体的特徴(女性)
表18-1	栄養課題がある入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(男性、1000kcal補正)
表18-2	栄養課題がある入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(女性、1000kcal補正)
表19-1	栄養課題がある入居者のBMI群別食品(群)摂取量(男性、1000kcal補正)
表19-2	栄養課題がある入居者のBMI群別食品(群)摂取量(女性、1000kcal補正)
表20	栄養課題がある入居者のBMI群別既往歴および服薬、喫煙について(男女)
表21	栄養課題がある入居者のBMI群別移動手段や外出について(男女)
表22	栄養課題がある入居者のBMI群別健康に対する意識や体重増加の有無について(男女)
表23	栄養課題がある入居者のBMI群別食事に対する意識について(男女)
表24	栄養課題がある入居者のBMI群別食事の内容について(男女)
表25	グループホームにおける食事計画の立案の有無
表26	グループホームにおける施設内会議の種類および頻度
表27	グループホームにおける施設内会議の参加者および参加頻度
表28	グループホームにおける取り組みの種類および頻度
表29	グループホームにおける世話人から見た入居者の実態(食事計画立案群別)
表30	世話人の実態(食事計画立案群別)
表31	世話人の入居者との話題(食事計画立案群別)
表32	世話人の食事に対する考え(食事計画立案群別)

II 研究報告

表1-1 グループホーム入居者のBMI群別身体的特徴(男性)

		痩せ群 (n=225)	普通群 (n=1217)	肥満群 (n=377)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
年齢	歳	44.2 ± 14.1	46.5 ± 13.8	47.0 ± 12.5
身長	cm	164.4 ± 8.4	163.4 ± 8.5	161.8 ± 8.9
体重	kg	48.4 ± 5.5	60.0 ± 7.7	75.6 ± 11.0
BMI	kg/cm ²	17.9 ± 1.0	22.4 ± 1.9	28.8 ± 2.8

表1-2 グループホーム入居者のBMI群別身体的特徴(女性)

		痩せ群 (n=116)	普通群 (n=765)	肥満群 (n=392)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
年齢	歳	47.1 ± 14.0	47.9 ± 14.7	46.9 ± 13.4
身長	cm	151.8 ± 8.1	150.8 ± 7.5	149.4 ± 7.8
体重	kg	40.4 ± 5.2	51.6 ± 6.5	65.9 ± 9.8
BMI	kg/cm ²	17.5 ± 1.2	22.6 ± 2.0	29.5 ± 3.2

表2-1 グループホーム入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(男性、1000kcal補正)

		痩せ群 (n=225)		普通群 (n=1217)		肥満群 (n=377)	
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差		
エネルギー	kcal	2157 ± 475	2242 ± 546	2232 ± 528			
たんぱく質	%エネルギー	15.3 ± 2.4	15.3 ± 2.3	15.0 ± 2.5			
脂質	%エネルギー	25.4 ± 4.4	25.4 ± 4.4	25.1 ± 4.7			
炭水化物	%エネルギー	57.4 ± 5.7	57.4 ± 5.8	58.0 ± 6.3			
飽和脂肪酸	%エネルギー	6.2 ± 1.3	6.2 ± 1.2	6.1 ± 1.3			
一価不飽和脂肪酸	%エネルギー	9.3 ± 1.8	9.3 ± 1.8	9.1 ± 1.9			
多価不飽和脂肪酸	%エネルギー	6.6 ± 1.3	6.6 ± 1.2	6.6 ± 1.4			
n-3系脂肪酸	g/1000 kcal	1.5 ± 0.4	1.5 ± 0.4	1.5 ± 0.4			
n-6系脂肪酸	g/1000 kcal	5.8 ± 1.1	5.8 ± 1.1	5.8 ± 1.2			
コレステロール	mg/1000 kcal	192 ± 54	191 ± 54	183 ± 57			
ビタミンB1	mg/1000 kcal	0.4 ± 0.1	0.4 ± 0.1	0.4 ± 0.1			
ビタミンB2	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1			
ナイアシン	mg/1000 kcal	9.6 ± 2.1	9.6 ± 2.1	9.3 ± 2.2			
ビタミンB6	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.2			
ビタミンB12	μg/1000 kcal	4.9 ± 2.2	5.0 ± 2.1	4.8 ± 2.1			
葉酸	μg/1000 kcal	209 ± 63	207 ± 63	199 ± 65			
ビタミンC	mg/1000 kcal	72 ± 24	72 ± 25	69 ± 25			
レチノール	μg/1000 kcal	181.3 ± 180.4	185.5 ± 165.3	176.0 ± 157.6			
クリプトキサンチン	μg/1000 kcal	128.6 ± 95.2	144.8 ± 107.9	147.5 ± 109.4			
レチノール当量	μg/1000 kcal	427 ± 214	430 ± 205	406 ± 203			
βカロテン当量	μg/1000 kcal	2928 ± 1458	2912 ± 1472	2745 ± 1506			
ビタミンD	μg/1000 kcal	7.3 ± 3.9	7.3 ± 3.5	7.0 ± 3.5			
ナトリウム	mg/1000 kcal	2256 ± 448	2245 ± 394	2248 ± 418			
カリウム	mg/1000 kcal	1477 ± 334	1478 ± 332	1424 ± 342			
カルシウム	mg/1000 kcal	276 ± 83	279 ± 80	274 ± 86			
マグネシウム	mg/1000 kcal	139 ± 26	140 ± 25	137 ± 26			
リン	mg/1000 kcal	566 ± 98	568 ± 94	554 ± 100			
鉄	mg/1000 kcal	4.5 ± 0.9	4.4 ± 0.9	4.3 ± 0.9			
亜鉛	μg/1000 kcal	4.7 ± 0.5	4.7 ± 0.5	4.6 ± 0.6			
銅	μg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1			
総食物繊維	g/1000 kcal	7.4 ± 1.8	7.4 ± 1.8	7.1 ± 1.9			
水溶性	g/1000 kcal	1.8 ± 0.5	1.8 ± 0.5	1.7 ± 0.5			
不溶性	g/1000 kcal	5.3 ± 1.3	5.3 ± 1.3	5.1 ± 1.3			
アルコール	%エネルギー	0.4 ± 1.3	0.4 ± 1.8	0.4 ± 1.6			

表2-2 グループホーム入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(女性、1000kcal補正)

		瘦せ群 (n=116)			普通群 (n=765)			肥満群 (n=392)		
		平均値	±	標準偏差	平均値	±	標準偏差	平均値	±	標準偏差
エネルギー	kcal	1716	±	404	1743	±	406	1797	±	398
たんぱく質	%エネルギー	15.4	±	2.4	15.8	±	2.2	15.8	±	2.4
脂質	%エネルギー	26.8	±	3.9	26.6	±	4.2	26.8	±	4.6
炭水化物	%エネルギー	56.2	±	5.6	56.2	±	5.4	56.0	±	6.1
飽和脂肪酸	%エネルギー	6.6	±	1.2	6.5	±	1.2	6.6	±	1.2
一価不飽和脂肪酸	%エネルギー	9.8	±	1.6	9.6	±	1.7	9.8	±	1.9
多価不飽和脂肪酸	%エネルギー	6.9	±	1.2	6.9	±	1.3	6.9	±	1.3
n-3系脂肪酸	g/1000 kcal	2	±	0	2	±	0	2	±	0
n-6系脂肪酸	g/1000 kcal	6	±	1	6	±	1	6	±	1
コレステロール	mg/1000 kcal	199	±	48	200	±	52	200	±	57
ビタミンB1	mg/1000 kcal	0.5	±	0.1	0.5	±	0.1	0.5	±	0.1
ビタミンB2	mg/1000 kcal	0.7	±	0.1	0.7	±	0.1	0.7	±	0.1
ナイアシン	mg/1000 kcal	9.6	±	2.2	10.0	±	2.0	10.0	±	2.1
ビタミンB6	mg/1000 kcal	0.8	±	0.2	0.8	±	0.2	0.8	±	0.2
ビタミンB12	μg/1000 kcal	4.7	±	2.1	5.2	±	2.1	5.2	±	2.2
葉酸	μg/1000 kcal	219	±	67	226	±	64	219	±	66
ビタミンC	mg/1000 kcal	78	±	27	80	±	25	78	±	25
レチノール	μg/1000 kcal	179.2	±	128.8	191.4	±	165.6	189.7	±	149.5
クリプトキサンチン	μg/1000 kcal	153.2	±	123.2	174.8	±	115.6	172.9	±	112.0
レチノール当量	μg/1000 kcal	449	±	182	460	±	204	447	±	193
βカロテン当量	μg/1000 kcal	3212	±	1551	3202	±	1534	3072	±	1509
ビタミンD	μg/1000 kcal	6.6	±	3.2	7.6	±	3.5	7.5	±	3.6
ナトリウム	mg/1000 kcal	2256	±	391	2295	±	383	2334	±	397
カリウム	mg/1000 kcal	4.6	±	0.9	4.7	±	0.9	4.6	±	0.9
カルシウム	mg/1000 kcal	1548	±	356	1580	±	324	1556	±	322
マグネシウム	mg/1000 kcal	289	±	78	298	±	80	293	±	75
リン	mg/1000 kcal	142	±	27	147	±	25	145	±	25
鉄	mg/1000 kcal	571	±	93	591	±	90	586	±	91
亜鉛	μg/1000 kcal	4.7	±	0.5	4.8	±	0.5	4.8	±	0.6
銅	μg/1000 kcal	0.7	±	0.1	0.7	±	0.1	0.7	±	0.1
総食物繊維	g/1000 kcal	7.8	±	2.0	7.9	±	1.8	7.8	±	1.9
水溶性	g/1000 kcal	1.9	±	0.6	1.9	±	0.5	1.9	±	0.5
不溶性	g/1000 kcal	5.6	±	1.4	5.7	±	1.3	5.6	±	1.4
アルコール	%エネルギー	0.4	±	2.7	0.1	±	0.7	0.2	±	1.0

表3-1 グループホーム入居者のBMI群別食品(群)摂取量(男性、1000kcal補正)

		BMI群別食品(群)摂取量(男性、1000kcal補正)		
		痩せ群 (n=225) 平均値±標準偏差	普通群 (n=1217) 平均値±標準偏差	肥満群 (n=377) 平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	2157.4 ± 475.1	2242.2 ± 545.9	2231.8 ± 527.8
穀類	g/1000 kcal	263.6 ± 57.9	259.7 ± 53.1	260.3 ± 53.3
魚介類	g/1000 kcal	45.2 ± 22.1	45.8 ± 20.2	44.2 ± 20.7
肉類	g/1000 kcal	43.5 ± 15.8	43.4 ± 15.8	41.3 ± 15.9
卵類	g/1000 kcal	18.8 ± 10.0	19.1 ± 9.9	17.8 ± 10.5
豆類	g/1000 kcal	33.8 ± 18.3	33.7 ± 19.2	33.2 ± 21.0
緑黄色野菜	g/1000 kcal	55.4 ± 29.0	55.3 ± 30.1	51.8 ± 30.7
その他の野菜	g/1000 kcal	106.1 ± 47.7	105.9 ± 47.1	101.3 ± 50.3
いも類	g/1000 kcal	36.9 ± 19.2	34.6 ± 19.6	30.9 ± 17.9
きのこ類	g/1000 kcal	7.9 ± 5.2	8.0 ± 5.3	7.3 ± 4.9
海草類	g/1000 kcal	8.9 ± 6.2	9.1 ± 6.4	8.5 ± 6.5
果実類	g/1000 kcal	47.3 ± 32.6	51.2 ± 32.9	51.1 ± 33.3
乳類	g/1000 kcal	47.3 ± 46.5	51.1 ± 41.5	51.1 ± 47.1
白湯・茶類	g/1000 kcal	286.7 ± 162.2	269.8 ± 167.2	277.5 ± 181.3
コーラ類	g/1000 kcal	23.9 ± 42.3	35.7 ± 56.1	47.6 ± 73.6
酒類	g/1000 kcal	8.2 ± 25.9	8.4 ± 36.0	7.9 ± 29.0
菓子類	g/1000 kcal	18.6 ± 19.0	17.6 ± 15.9	20.2 ± 19.7
油脂類	g/1000 kcal	6.4 ± 2.3	6.5 ± 2.3	6.6 ± 2.3
砂糖類	g/1000 kcal	3.9 ± 2.8	4.0 ± 3.0	4.1 ± 2.9
調味料	g/1000 kcal	6.9 ± 3.0	6.8 ± 2.8	6.7 ± 3.1

表3-2 グループホーム入居者のBMI群別食品(群)摂取量(女性、1000kcal補正)

		BMI群別食品(群)摂取量(女性、1000kcal補正)		
		痩せ群 (n=116) 平均値±標準偏差	普通群 (n=765) 平均値±標準偏差	肥満群 (n=392) 平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	1716.1 ± 403.7	1743.4 ± 405.5	1796.6 ± 397.9
穀類	g/1000 kcal	243.5 ± 54.0	244.3 ± 47.5	241.6 ± 48.8
魚介類	g/1000 kcal	42.8 ± 20.6	48.7 ± 20.0	48.4 ± 22.0
肉類	g/1000 kcal	44.8 ± 16.2	44.3 ± 16.1	45.2 ± 16.9
卵類	g/1000 kcal	20.5 ± 10.5	19.8 ± 10.0	19.5 ± 10.5
豆類	g/1000 kcal	33.5 ± 20.0	35.7 ± 19.1	34.0 ± 18.5
緑黄色野菜	g/1000 kcal	60.8 ± 30.7	60.3 ± 31.2	58.1 ± 31.0
その他の野菜	g/1000 kcal	114.0 ± 53.0	117.2 ± 50.9	112.1 ± 52.3
いも類	g/1000 kcal	37.6 ± 19.4	36.7 ± 18.7	36.0 ± 19.6
きのこ類	g/1000 kcal	9.3 ± 6.8	9.3 ± 6.2	9.2 ± 6.1
海草類	g/1000 kcal	9.9 ± 6.8	9.8 ± 6.0	9.9 ± 6.3
果実類	g/1000 kcal	55.7 ± 39.7	61.8 ± 37.4	61.4 ± 36.7
乳類	g/1000 kcal	56.7 ± 39.9	56.9 ± 41.8	55.2 ± 42.1
白湯・茶類	g/1000 kcal	285.5 ± 178.5	299.0 ± 168.9	288.9 ± 175.5
コーラ類	g/1000 kcal	22.2 ± 43.7	26.7 ± 53.5	32.7 ± 63.7
酒類	g/1000 kcal	5.5 ± 35.5	2.8 ± 17.2	2.4 ± 11.5
菓子類	g/1000 kcal	21.3 ± 18.2	20.0 ± 17.2	20.5 ± 18.2
油脂類	g/1000 kcal	6.8 ± 2.2	6.7 ± 2.4	6.7 ± 2.3
砂糖類	g/1000 kcal	4.2 ± 3.1	3.6 ± 2.7	3.9 ± 3.0
調味料	g/1000 kcal	7.4 ± 2.9	7.0 ± 2.8	7.2 ± 2.9

表4 グループホーム入居者のBMI群別既往歴および服薬、喫煙について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=3092)	%	(n=341)	%	(n=1982)	%	(n=769)	%
既往および治療中の疾患								
高血圧	451	14.6	27	7.9	262	13.2	162	21.1
糖尿病	175	5.7	11	3.2	103	5.2	61	7.9
肥満	170	5.5	2	0.6	53	2.7	115	15.0
現在服薬しているもの								
高血圧薬	407	13.2	22	6.5	237	12.0	148	19.3
糖尿病薬	140	4.5	7	2.1	79	4.0	54	7.0
向精神薬	654	21.2	56	16.4	383	19.3	215	28.0
高脂血症薬	205	6.6	13	3.8	104	5.3	88	11.4
喫煙歴								
吸っている	370	12.0	37	10.9	240	12.1	93	12.1
止めた	287	9.3	27	7.9	182	9.2	78	10.1
吸ったことがない	2435	78.8	277	81.2	1560	78.7	598	77.8

表5 グループホーム入居者のBMI群別移動手段や外出について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=3092)	%	(n=341)	%	(n=1982)	%	(n=769)	%
移動手段								
自力歩行	2938	95.0	321	94.1	1888	95.3	729	94.8
杖を使用	66	2.1	4	1.2	39	2.0	23	3.0
シルバーカーを使用	12	0.4	0	0.0	9	0.5	3	0.4
車椅子を使用	54	1.8	10	2.9	36	1.8	8	1.0
ほとんど歩かない	22	0.7	6	1.8	10	0.5	6	0.8
ひと月当たりの外出回数								
4~5回以上	1802	58.3	187	54.8	1168	58.9	447	58.1
2~3回以上	730	23.6	73	21.4	465	23.5	192	25.0
1回程度	420	13.6	59	17.3	263	13.3	98	12.7
それよりも少ない	104	3.4	12	3.5	67	3.4	25	3.3
外出しない	36	1.2	10	2.9	19	1.0	7	0.9

表6 グループホーム入居者のBMI群別健康に対する意識や体重増加の有無について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=3092)	%	(n=341)	%	(n=1982)	%	(n=769)	%
同年齢の他者と比べ健康だと思うか								
そう思う	1567	50.7	170	49.9	1065	53.7	332	43.2
少しそう思う	478	15.5	52	15.3	302	15.2	124	16.1
わからない	610	19.7	62	18.2	371	18.7	177	23.0
あまりそう思わない	342	11.1	42	12.3	192	9.7	108	14.0
そう思わない	95	3.1	15	4.4	52	2.6	28	3.6
過去6ヶ月間の体重増加								
2~3kgぐらい増加	559	18.1	18	5.3	306	15.4	235	30.6
1kgぐらい増加	512	16.6	32	9.4	316	15.9	164	21.3
わからない	451	14.6	48	14.1	293	14.8	110	14.3
あまり増えていない	685	22.2	96	28.2	455	23.0	134	17.4
増えていない	885	28.6	147	43.1	612	30.9	126	16.4

表7 グループホーム入居者のBMI群別食事に対する意識について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=3092)	%	(n=341)	%	(n=1982)	%	(n=769)	%
食事は美味しいと感じる								
そう思う	2678	86.6	268	78.6	1723	86.9	687	89.3
少しそう思う	255	8.3	41	12.0	156	7.9	58	7.5
わからない	113	3.7	22	6.5	77	3.9	14	1.8
あまりそう思わない	34	1.1	7	2.1	20	1.0	7	0.9
そう思わない	12	0.4	3	0.9	6	0.3	3	0.4
咀嚼機能のレベル								
何でも噛んで食べられる	2558	82.7	268	78.6	1633	82.4	657	85.4
わからない	67	2.2	7	2.1	45	2.3	15	2.0
一部噛めない食べ物が ある	388	12.6	47	13.8	262	13.2	79	10.3
噛めない食べ物が多い	54	1.8	12	3.5	28	1.4	14	1.8
噛んで食べることができ ない	25	0.8	7	2.1	14	0.7	4	0.5
食欲の有無								
ある	2786	90.1	290	85.0	1794	90.5	702	91.3
少しある	172	5.6	28	8.2	103	5.2	41	5.3
わからない	56	1.8	6	1.8	39	2.0	11	1.4
あまりない	67	2.2	14	4.1	41	2.1	12	1.6
ない	11	0.4	3	0.9	5	0.3	3	0.4
食べることへの興味の有無								
ある	2653	85.8	273	80.1	1697	85.6	683	88.8
少しある	249	8.1	41	12.0	160	8.1	48	6.2
わからない	82	2.7	13	3.8	47	2.4	22	2.9
あまりない	79	2.6	11	3.2	56	2.8	12	1.6
ない	29	0.9	3	0.9	22	1.1	4	0.5

II 研究報告

表8 グループホーム入居者のBMI群別食事の内容について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=3092)	%	(n=341)	%	(n=1982)	%	(n=769)	%
1日の食事回数								
3回以上	3001	97.1	326	95.6	1923	97.0	752	97.8
2回程度	88	2.9	14	4.1	57	2.9	17	2.2
1回程度	1	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0
ほとんど食べない	2	0.1	0	0.0	2	0.1	0	0.0
1日の主食(ごはん、めん、パン、菓子パンなど)の摂取量*								
6杯以上	142	4.6	12	3.5	95	4.8	35	4.6
4~5杯程度	949	30.7	87	25.5	639	32.2	223	29.0
3杯以下	1996	64.6	242	71.0	1245	62.8	509	66.2
ほとんど食べない	5	0.2	0	0.0	3	0.2	2	0.3
1日の肉や魚の摂取回数								
3回以上	682	22.1	66	19.4	433	21.9	183	23.8
2回程度	1863	60.3	203	59.5	1216	61.4	444	57.7
1回程度	538	17.4	71	20.8	327	16.5	140	18.2
ほとんど食べない	9	0.3	1	0.3	6	0.3	2	0.3
1日の野菜の摂取回数								
3回以上	1744	56.4	175	51.3	1136	57.3	433	56.3
2回程度	1017	32.9	122	35.8	642	32.4	253	32.9
1回程度	287	9.3	36	10.6	180	9.1	71	9.2
ほとんど食べない	44	1.4	8	2.4	24	1.2	12	1.6
1週間の豆腐・納豆の摂取回数								
ほぼ毎日	479	15.5	48	14.1	314	15.8	117	15.2
4~6回	790	25.6	76	22.3	529	26.7	185	24.1
2~3回	1358	43.9	157	46.0	853	43.0	348	45.3
1回	407	13.2	47	13.8	254	12.8	106	13.8
ほとんど食べない	58	1.9	13	3.8	32	1.6	13	1.7
1週間の卵の摂取回数								
ほぼ毎日	440	14.2	51	15.0	274	13.8	115	15.0
4~6回	875	28.3	88	25.8	600	30.3	187	24.3
2~3回	1427	46.2	160	46.9	898	45.3	369	48.0
1回	308	10.0	35	10.3	186	9.4	87	11.3
ほとんど食べない	42	1.4	7	2.1	24	1.2	11	1.4
1週間の果物の摂取回数								
ほぼ毎日	716	23.2	66	19.4	483	24.4	167	21.7
4~6回	644	20.8	58	17.0	417	21.0	169	22.0
2~3回	1122	36.3	117	34.3	709	35.8	296	38.5
1回	471	15.2	76	22.3	294	14.8	101	13.1
ほとんど食べない	139	4.5	24	7.0	79	4.0	36	4.7
1日の甘味のある飲物(コーラ、コーヒー、ジュースなど)の摂取量								
コップ5杯以上	113	3.7	11	3.2	71	3.6	31	4.0
コップ3~4杯	549	17.8	53	15.5	319	16.1	177	23.0
コップ2杯以下	1596	51.6	187	54.8	1049	52.9	360	46.8
ほとんど飲まない	834	27.0	90	26.4	543	27.4	201	26.1
1日のお菓子(おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など)の摂取回数								
3回以上	71	2.3	11	3.2	34	1.7	26	3.4
2回程度	278	9.0	23	6.7	165	8.3	90	11.7
1回程度	1506	48.7	166	48.7	958	48.3	382	49.7
ほとんど食べない	1237	40.0	141	41.4	825	41.6	271	35.2

*主食の換算方法: 女性用茶碗(1杯)、男性用茶碗(1.5杯)、丼飯(2杯)、ゆで麺1玉(1杯)、食パン8枚切2枚(1杯)、菓子パン1個(1.5杯)

表9-1 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別身体的特徴(男性)

		栄養課題あり群 (n=665)	栄養課題なし群 (n=1005)	食事コントロール群 (n=149)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
年齢	歳	45.9 ± 13.2	45.9 ± 13.8	51.2 ± 12.7
身長	cm	163.3 ± 8.6	163.5 ± 8.5	160.9 ± 9.0
体重	kg	64.9 ± 14.9	59.7 ± 7.6	61.6 ± 12.9
BMI	kg/cm ²	24.4 ± 5.3	22.3 ± 1.9	23.7 ± 4.2

表9-2 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別身体的特徴(女性)

		栄養課題あり群 (n=487)	栄養課題なし群 (n=644)	食事コントロール群 (n=142)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
年齢	歳	46.1 ± 13.6	47.6 ± 14.9	51.9 ± 12.5
身長	cm	150.4 ± 7.7	150.9 ± 7.6	148.6 ± 8.1
体重	kg	59.4 ± 13.6	51.5 ± 6.4	55.3 ± 11.8
BMI	kg/cm ²	26.3 ± 5.7	22.6 ± 2.0	25.0 ± 4.7

表10-1 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別エネルギーおよび栄養素摂取量
(男性、1000kcal補正)

		栄養課題あり群	栄養課題なし群	食事コントロール群
		(n=665)	(n=1005)	(n=149)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	2245 ± 550	2232 ± 520	2140 ± 550
たんぱく質	%エネルギー	15.0 ± 2.5	15.4 ± 2.3	15.4 ± 2.4
脂質	%エネルギー	25.2 ± 4.7	25.5 ± 4.3	25.6 ± 4.5
炭水化物	%エネルギー	57.9 ± 6.2	57.3 ± 5.7	57.0 ± 5.8
飽和脂肪酸	%エネルギー	6.1 ± 1.3	6.2 ± 1.2	6.2 ± 1.4
一価不飽和脂肪酸	%エネルギー	9.2 ± 1.9	9.3 ± 1.8	9.4 ± 1.8
多価不飽和脂肪酸	%エネルギー	6.6 ± 1.4	6.6 ± 1.2	6.6 ± 1.1
n-3系脂肪酸	g/1000 kcal	1 ± 0	2 ± 0	2 ± 0
n-6系脂肪酸	g/1000 kcal	6 ± 1	6 ± 1	6 ± 1
コレステロール	mg/1000 kcal	187 ± 57	192 ± 53	186 ± 56
ビタミンB1	mg/1000 kcal	0.4 ± 0.1	0.5 ± 0.1	0.4 ± 0.1
ビタミンB2	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1
ナイアシン	mg/1000 kcal	9.3 ± 2.2	9.6 ± 2.1	9.7 ± 2.1
ビタミンB6	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.2
ビタミンB12	μg/1000 kcal	4.8 ± 2.1	5.0 ± 2.1	4.9 ± 2.2
葉酸	μg/1000 kcal	200 ± 66	209 ± 62	204 ± 58
ビタミンC	mg/1000 kcal	69 ± 26	72 ± 25	71 ± 23
レチノール	μg/1000 kcal	179.9 ± 179.8	184.6 ± 154.2	185.7 ± 175.4
クリプトキサンチン	μg/1000 kcal	143.2 ± 106.7	143.9 ± 107.1	140.1 ± 106.6
レチノール当量	μg/1000 kcal	411 ± 218	434 ± 196	421 ± 209
βカロテン当量	μg/1000 kcal	2758 ± 1478	2971 ± 1488	2804 ± 1378
ビタミンD	μg/1000 kcal	7.1 ± 3.7	7.3 ± 3.4	7.2 ± 4.1
ナトリウム	mg/1000 kcal	2259 ± 419	2234 ± 387	2280 ± 465
カリウム	mg/1000 kcal	1434 ± 348	1490 ± 328	1452 ± 308
カルシウム	mg/1000 kcal	272 ± 85	282 ± 79	273 ± 84
マグネシウム	mg/1000 kcal	137 ± 27	141 ± 25	137 ± 23
リン	mg/1000 kcal	556 ± 101	571 ± 91	565 ± 96
鉄	mg/1000 kcal	4.3 ± 0.9	4.5 ± 0.9	4.4 ± 0.8
亜鉛	μg/1000 kcal	4.6 ± 0.6	4.7 ± 0.5	4.7 ± 0.5
銅	μg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1
総食物繊維	g/1000 kcal	7.2 ± 1.9	7.4 ± 1.8	7.2 ± 1.7
水溶性	g/1000 kcal	1.7 ± 0.5	1.8 ± 0.5	1.8 ± 0.5
不溶性	g/1000 kcal	5.2 ± 1.3	5.4 ± 1.3	5.1 ± 1.2
アルコール	%エネルギー	0.4 ± 1.6	0.4 ± 1.5	0.4 ± 2.7

表10-2 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別エネルギーおよび栄養素摂取量
(女性、1000kcal補正)

		栄養課題あり群	栄養課題なし群	食事コントロール群
		(n=487)	(n=644)	(n=142)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	1800 ± 394	1743 ± 389	1679 ± 479
たんぱく質	%エネルギー	15.6 ± 2.3	15.8 ± 2.1	16.3 ± 2.8
脂質	%エネルギー	27.0 ± 4.3	26.5 ± 4.1	26.3 ± 5.0
炭水化物	%エネルギー	55.9 ± 5.6	56.3 ± 5.3	56.0 ± 7.0
飽和脂肪酸	%エネルギー	6.6 ± 1.2	6.5 ± 1.2	6.6 ± 1.3
一価不飽和脂肪酸	%エネルギー	9.9 ± 1.8	9.6 ± 1.7	9.5 ± 2.1
多価不飽和脂肪酸	%エネルギー	7.0 ± 1.3	6.9 ± 1.2	6.8 ± 1.5
n-3系脂肪酸	g/1000 kcal	2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0
n-6系脂肪酸	g/1000 kcal	6 ± 1	6 ± 1	6 ± 1
コレステロール	mg/1000 kcal	200 ± 55	200 ± 51	200 ± 59
ビタミンB1	mg/1000 kcal	0.5 ± 0.1	0.5 ± 0.1	0.5 ± 0.1
ビタミンB2	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.8 ± 0.2
ナイアシン	mg/1000 kcal	9.9 ± 2.0	9.9 ± 1.9	10.3 ± 2.6
ビタミンB6	mg/1000 kcal	0.8 ± 0.1	0.8 ± 0.1	0.8 ± 0.2
ビタミンB12	μg/1000 kcal	5.0 ± 2.2	5.2 ± 2.1	5.3 ± 2.4
葉酸	μg/1000 kcal	215 ± 62	226 ± 63	238 ± 78
ビタミンC	mg/1000 kcal	77 ± 24	81 ± 25	82 ± 29
レチノール	μg/1000 kcal	189.0 ± 157.1	185.4 ± 151.1	212.5 ± 185.3
クリプトキサンチン	μg/1000 kcal	167.1 ± 115.8	177.3 ± 118.7	167.2 ± 96.3
レチノール当量	μg/1000 kcal	444 ± 195	458 ± 194	480 ± 230
βカロテン当量	μg/1000 kcal	3044 ± 1463	3245 ± 1553	3196 ± 1615
ビタミンD	μg/1000 kcal	7.3 ± 3.4	7.5 ± 3.5	7.9 ± 4.1
ナトリウム	mg/1000 kcal	2301 ± 392	2285 ± 377	2393 ± 417
カリウム	mg/1000 kcal	4.6 ± 0.9	4.7 ± 0.9	4.9 ± 1.0
カルシウム	mg/1000 kcal	1537 ± 322	1583 ± 322	1622 ± 350
マグネシウム	mg/1000 kcal	287 ± 74	297 ± 79	322 ± 83
リン	mg/1000 kcal	143 ± 25	146 ± 24	151 ± 25
鉄	mg/1000 kcal	579 ± 90	589 ± 88	610 ± 102
亜鉛	μg/1000 kcal	4.7 ± 0.5	4.8 ± 0.5	4.8 ± 0.6
銅	μg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1
総食物繊維	g/1000 kcal	7.7 ± 1.9	7.9 ± 1.8	8.1 ± 2.2
水溶性	g/1000 kcal	1.9 ± 0.5	1.9 ± 0.5	2.0 ± 0.6
不溶性	g/1000 kcal	5.5 ± 1.3	5.7 ± 1.3	5.8 ± 1.5
アルコール	%エネルギー	0.2 ± 1.6	0.1 ± 0.7	0.1 ± 0.4

表11-1 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食品(群)摂取量(男性、1000kcal補正)

		栄養課題あり群	栄養課題なし群	食事コントロール群
		(n=665)	(n=1005)	(n=149)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	2245.3 ± 550.2	2232.4 ± 520.4	2140.0 ± 549.8
穀類	g/1000 kcal	261.1 ± 57.0	259.8 ± 51.8	259.8 ± 52.4
魚介類	g/1000 kcal	44.3 ± 20.9	45.9 ± 20.1	46.5 ± 21.8
肉類	g/1000 kcal	41.4 ± 15.7	43.6 ± 15.7	46.0 ± 16.3
卵類	g/1000 kcal	18.4 ± 10.5	19.3 ± 9.8	16.7 ± 9.3
豆類	g/1000 kcal	33.2 ± 20.9	34.5 ± 18.8	29.5 ± 17.0
緑黄色野菜	g/1000 kcal	52.1 ± 30.1	56.7 ± 30.5	52.0 ± 26.6
その他の野菜	g/1000 kcal	101.4 ± 49.5	107.1 ± 46.5	106.8 ± 49.4
いも類	g/1000 kcal	33.5 ± 20.0	34.5 ± 18.9	33.9 ± 17.9
きのこ類	g/1000 kcal	7.5 ± 5.1	8.3 ± 5.3	6.8 ± 4.5
海草類	g/1000 kcal	8.8 ± 6.6	9.1 ± 6.3	8.0 ± 5.9
果実類	g/1000 kcal	50.1 ± 33.3	51.8 ± 32.9	46.5 ± 31.8
乳類	g/1000 kcal	47.7 ± 43.5	52.3 ± 41.6	52.3 ± 52.8
白湯・茶類	g/1000 kcal	277.0 ± 169.4	268.0 ± 169.2	294.6 ± 172.7
コーラ類	g/1000 kcal	42.0 ± 64.8	34.1 ± 55.0	30.6 ± 57.8
酒類	g/1000 kcal	8.6 ± 30.0	7.9 ± 32.4	8.6 ± 51.2
菓子類	g/1000 kcal	19.6 ± 19.1	17.2 ± 15.2	19.1 ± 19.7
油脂類	g/1000 kcal	6.4 ± 2.3	6.5 ± 2.3	7.1 ± 2.0
砂糖類	g/1000 kcal	4.1 ± 2.9	4.0 ± 3.0	3.7 ± 3.1
調味料	g/1000 kcal	7.0 ± 3.3	6.7 ± 2.7	6.3 ± 2.1

表11-2 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食品(群)摂取量(女性、1000kcal補正)

		栄養課題あり群	栄養課題なし群	食事コントロール群
		(n=487)	(n=644)	(n=142)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	1799.8 ± 394.1	1742.5 ± 389.5	1678.8 ± 478.9
穀類	g/1000 kcal	241.2 ± 50.0	243.9 ± 46.6	248.0 ± 51.5
魚介類	g/1000 kcal	47.0 ± 21.0	48.6 ± 19.7	49.4 ± 24.2
肉類	g/1000 kcal	45.3 ± 15.4	44.0 ± 16.1	45.2 ± 20.1
卵類	g/1000 kcal	19.8 ± 10.4	20.0 ± 9.9	18.7 ± 10.8
豆類	g/1000 kcal	34.5 ± 19.5	35.7 ± 18.9	33.6 ± 18.1
緑黄色野菜	g/1000 kcal	57.1 ± 29.6	61.0 ± 31.5	62.4 ± 33.9
その他の野菜	g/1000 kcal	109.9 ± 50.4	118.4 ± 51.1	119.9 ± 56.2
いも類	g/1000 kcal	37.0 ± 19.5	37.2 ± 18.9	32.6 ± 17.8
きのこ類	g/1000 kcal	8.9 ± 6.1	9.4 ± 6.3	9.9 ± 6.4
海草類	g/1000 kcal	9.7 ± 6.2	9.9 ± 6.1	9.7 ± 6.0
果実類	g/1000 kcal	59.5 ± 37.5	62.9 ± 38.0	58.7 ± 33.5
乳類	g/1000 kcal	53.4 ± 38.4	55.9 ± 41.1	68.8 ± 51.9
白湯・茶類	g/1000 kcal	285.6 ± 176.7	294.0 ± 163.9	328.6 ± 186.1
コーラ類	g/1000 kcal	31.1 ± 61.8	26.8 ± 52.9	24.4 ± 49.4
酒類	g/1000 kcal	3.2 ± 20.2	3.1 ± 18.6	1.0 ± 3.5
菓子類	g/1000 kcal	20.7 ± 17.7	20.2 ± 17.3	19.6 ± 18.8
油脂類	g/1000 kcal	6.8 ± 2.3	6.7 ± 2.4	6.3 ± 2.6
砂糖類	g/1000 kcal	4.0 ± 3.0	3.6 ± 2.7	3.5 ± 2.8
調味料	g/1000 kcal	7.3 ± 2.9	7.0 ± 2.8	6.8 ± 3.2

表12 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別既往歴および服薬、喫煙について(男女)

	総数		栄養課題あり群		栄養課題なし群		食事コントロール群	
	(n=3092)	%	(n=1152)	%	(n=1649)	%	(n=291)	%
既往および治療中の疾患								
高血圧	451	14.6	195	16.9	191	11.6	65	22.3
糖尿病	175	5.7	64	5.6	49	3.0	62	21.3
肥満	170	5.5	93	8.1	37	2.2	40	13.8
現在服薬しているもの								
高血圧薬	407	13.2	177	15.4	174	10.6	56	19.2
糖尿病薬	140	4.5	48	4.2	39	2.4	53	18.2
向精神薬	654	21.2	277	24.1	315	19.1	62	21.3
高脂血症薬	205	6.6	92	8.0	79	4.8	34	11.7
喫煙歴								
吸っている	370	12.0	154	13.4	183	11.1	33	11.3
止めた	287	9.3	114	9.9	141	8.6	32	11.0
吸ったことがない	2435	78.8	884	76.7	1325	80.4	226	77.7

表13 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別移動手段や外出について(男女)

	総数		栄養課題あり群		栄養課題なし群		食事コントロール群	
	(n=3092)	%	(n=1152)	%	(n=1649)	%	(n=291)	%
移動手段								
自力歩行	2938	95.0	1091	94.7	1578	95.7	269	92.4
杖を使用	66	2.1	27	2.3	26	1.6	13	4.5
シルバーカーを使用	12	0.4	5	0.4	7	0.4	0	0.0
車椅子を使用	54	1.8	15	1.3	30	1.8	9	3.1
ほとんど歩かない	22	0.7	14	1.2	8	0.5	0	0.0
ひと月当たりの外出回数								
4～5回以上	1802	58.3	669	58.1	987	59.9	146	50.2
2～3回以上	730	23.6	279	24.2	379	23.0	72	24.7
1回程度	420	13.6	156	13.5	212	12.9	52	17.9
それよりも少ない	104	3.4	30	2.6	60	3.6	14	4.8
外出しない	36	1.2	18	1.6	11	0.7	7	2.4

表14 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別健康に対する意識や体重増加の有無について(男女)

	総数		栄養課題あり群		栄養課題なし群		食事コントロール群	
	(n=3092)	%	(n=1152)	%	(n=1649)	%	(n=291)	%
同年齢の他者と比べ健康だと思うか								
そう思う	1567	50.7	533	46.3	934	56.6	100	34.4
少しそう思う	478	15.5	177	15.4	244	14.8	57	19.6
わからない	610	19.7	228	19.8	304	18.4	78	26.8
あまりそう思わない	342	11.1	168	14.6	134	8.1	40	13.8
そう思わない	95	3.1	46	4.0	33	2.0	16	5.5
過去6ヶ月間の体重増加								
2～3kgぐらい増加	559	18.1	245	21.3	245	14.9	69	23.7
1kgぐらい増加	512	16.6	216	18.8	252	15.3	44	15.1
わからない	451	14.6	174	15.1	244	14.8	33	11.3
あまり増えていない	685	22.2	237	20.6	390	23.7	58	19.9
増えていない	885	28.6	280	24.3	518	31.4	87	29.9

II 研究報告

表15 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食事に対する意識について(男女)

	総数		栄養課題あり群		栄養課題なし群		食事コントロール群	
	(n=3092)	%	(n=1152)	%	(n=1649)	%	(n=291)	%
食事は美味しいと感じる								
そう思う	2678	86.6	972	84.4	1445	87.6	261	89.7
少しそう思う	255	8.3	112	9.7	123	7.5	20	6.9
わからない	113	3.7	38	3.3	65	3.9	10	3.4
あまりそう思わない	34	1.1	20	1.7	14	0.9	0	0.0
そう思わない	12	0.4	10	0.9	2	0.1	0	0.0
咀嚼機能のレベル								
何でも噛んで食べられる	2558	82.7	942	81.8	1376	83.4	240	82.5
わからない	67	2.2	27	2.3	33	2.0	7	2.4
一部噛めない食べ物が ある	388	12.6	138	12.0	210	12.7	40	13.8
噛めない食べ物が 多い	54	1.8	32	2.8	19	1.2	3	1.0
噛んで食べることが できない	25	0.8	13	1.1	11	0.7	1	0.3
食欲の有無								
ある	2786	90.1	1012	87.9	1495	90.7	279	95.9
少しある	172	5.6	79	6.9	86	5.2	7	2.4
わからない	56	1.8	21	1.8	34	2.1	1	0.3
あまりない	67	2.2	34	3.0	30	1.8	3	1.0
ない	11	0.4	6	0.5	4	0.2	1	0.3
食することへの興味の有無								
ある	2653	85.8	975	84.6	1418	86.0	260	89.4
少しある	249	8.1	97	8.4	131	7.9	21	7.2
わからない	82	2.7	38	3.3	41	2.5	3	1.0
あまりない	79	2.6	32	2.8	43	2.6	4	1.4
ない	29	0.9	10	0.9	16	1.0	3	1.0

表16 グループホーム入居者の栄養課題あり・なしおよび食事コントロール群別食事の内容について(男女)

	総数		栄養課題あり群		栄養課題なし群		食事コントロール群	
	(n=3092)	%	(n=1152)	%	(n=1649)	%	(n=291)	%
1日の食事回数								
3回以上	3001	97.1	1111	96.4	1607	97.5	283	97.3
2回程度	88	2.9	38	3.3	42	2.6	8	2.8
1回程度	1	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0
ほとんど食べない	2	0.1	2	0.2	0	0.0	0	0.0
1日の主食(ごはん、めん、パン、菓子パンなど)の摂取量*								
6杯以上	142	4.6	58	5.0	77	4.7	7	2.4
4~5杯程度	949	30.7	350	30.4	539	32.7	60	20.6
3杯以下	1996	64.6	742	64.4	1031	62.5	223	76.6
ほとんど食べない	5	0.2	2	0.2	2	0.1	1	0.3
1日の肉や魚の摂取回数								
3回以上	682	22.1	254	22.1	360	21.8	68	23.4
2回程度	1863	60.3	669	58.1	1022	62.0	172	59.1
1回程度	538	17.4	225	19.5	263	16.0	50	17.2
ほとんど食べない	9	0.3	4	0.4	4	0.2	1	0.3
1日の野菜の摂取回数								
3回以上	1744	56.4	618	53.7	957	58.0	169	58.1
2回程度	1017	32.9	390	33.9	539	32.7	88	30.2
1回程度	287	9.3	116	10.1	139	8.4	32	11.0
ほとんど食べない	44	1.4	28	2.4	14	0.9	2	0.7
1週間の豆腐・納豆の摂取回数								
ほぼ毎日	479	15.5	162	14.1	276	16.7	41	14.1
4~6回	790	25.6	277	24.1	453	27.5	60	20.6
2~3回	1358	43.9	522	45.3	699	42.4	137	47.1
1回	407	13.2	157	13.6	201	12.2	49	16.8
ほとんど食べない	58	1.9	34	3.0	20	1.2	4	1.4
1週間の卵の摂取回数								
ほぼ毎日	440	14.2	164	14.2	246	14.9	30	10.3
4~6回	875	28.3	304	26.4	516	31.3	55	18.9
2~3回	1427	46.2	534	46.4	727	44.1	166	57.0
1回	308	10.0	127	11.0	144	8.7	37	12.7
ほとんど食べない	42	1.4	23	2.0	16	1.0	3	1.0
1週間の果物の摂取回数								
ほぼ毎日	716	23.2	240	20.8	416	25.2	60	20.6
4~6回	644	20.8	230	20.0	355	21.5	59	20.3
2~3回	1122	36.3	434	37.7	572	34.7	116	39.9
1回	471	15.2	181	15.7	247	15.0	43	14.8
ほとんど食べない	139	4.5	67	5.8	59	3.6	13	4.5
1日の甘味のある飲物(コーラ、コーヒー、ジュースなど)の摂取量								
コップ5杯以上	113	3.7	50	4.3	55	3.3	8	2.8
コップ3~4杯	549	17.8	259	22.5	246	14.9	44	15.1
コップ2杯以下	1596	51.6	564	49.0	894	54.2	138	47.4
ほとんど飲まない	834	27.0	279	24.2	454	27.5	101	34.7
1日のお菓子(おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など)の摂取回数								
3回以上	71	2.3	37	3.2	28	1.7	6	2.1
2回程度	278	9.0	123	10.7	135	8.2	20	6.9
1回程度	1506	48.7	585	50.8	803	48.7	118	40.6
ほとんど食べない	1237	40.0	407	35.3	683	41.4	147	50.5

*主食の換算方法: 女性用茶碗(1杯)、男性用茶碗(1.5杯)、丼飯(2杯)、ゆで麺1玉(1杯)、食パン8枚切2枚(1杯)、菓子パン1個(1.5杯)

II 研究報告

表17-1 栄養課題がある入居者のBMI群別身体的特徴(男性)

		痩せ群 (n=192)	普通群 (n=135)	肥満群(n=338)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
年齢	歳	43.8 ± 13.9	47.6 ± 14.2	46.5 ± 12.3
身長	cm	164.8 ± 8.5	164.6 ± 7.7	162.0 ± 8.9
体重	kg	48.5 ± 5.5	61.3 ± 7.8	75.7 ± 10.9
BMI	kg/cm ²	17.8 ± 1.0	22.6 ± 2.1	28.8 ± 2.8

表17-2 栄養課題がある入居者のBMI群別身体的特徴(女性)

		痩せ群 (n=102)	普通群 (n=50)	肥満群 (n=335)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
年齢	歳	46.4 ± 14.0	44.9 ± 14.4	46.2 ± 13.4
身長	cm	151.7 ± 8.2	152.3 ± 7.5	149.7 ± 7.5
体重	kg	40.3 ± 5.3	53.9 ± 6.7	66.1 ± 9.8
BMI	kg/cm ²	17.4 ± 1.2	23.2 ± 2.0	29.4 ± 3.2

表18-1 栄養課題がある入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(男性、1000kcal補正)

		痩せ群 (n=192)	普通群 (n=135)	肥満群 (n=338)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	2152 ± 478	2392 ± 671	2240 ± 524
たんぱく質	%エネルギー	15.3 ± 2.4	14.8 ± 2.5	14.9 ± 2.4
脂質	%エネルギー	25.4 ± 4.6	25.2 ± 5.1	25.1 ± 4.7
炭水化物	%エネルギー	57.4 ± 5.9	58.1 ± 6.6	58.1 ± 6.2
飽和脂肪酸	%エネルギー	6.2 ± 1.4	6.1 ± 1.4	6.1 ± 1.3
一価不飽和脂肪酸	%エネルギー	9.2 ± 1.8	9.2 ± 2.1	9.1 ± 1.9
多価不飽和脂肪酸	%エネルギー	6.6 ± 1.3	6.6 ± 1.5	6.6 ± 1.4
n-3系脂肪酸	g/1000 kcal	1 ± 0	1 ± 0	1 ± 0
n-6系脂肪酸	g/1000 kcal	6 ± 1	6 ± 1	6 ± 1
コレステロール	mg/1000 kcal	192 ± 56	186 ± 59	185 ± 57
ビタミンB1	mg/1000 kcal	0.4 ± 0.1	0.4 ± 0.1	0.4 ± 0.1
ビタミンB2	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.6 ± 0.2	0.7 ± 0.1
ナイアシン	mg/1000 kcal	9.6 ± 2.1	9.3 ± 2.2	9.2 ± 2.1
ビタミンB6	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.2
ビタミンB12	μg/1000 kcal	4.9 ± 2.2	4.9 ± 2.2	4.8 ± 2.1
葉酸	μg/1000 kcal	206 ± 64	193 ± 64	200 ± 67
ビタミンC	mg/1000 kcal	72 ± 25	66 ± 25	69 ± 26
レチノール	μg/1000 kcal	174.4 ± 154.3	210.0 ± 277.5	171.1 ± 138.5
クリプトキサンチン	μg/1000 kcal	128.3 ± 96.3	150.2 ± 107.5	148.8 ± 111.3
レチノール当量	μg/1000 kcal	417 ± 197	425 ± 297	403 ± 191
βカロテン当量	μg/1000 kcal	2889 ± 1482	2567 ± 1332	2759 ± 1526
ビタミンD	μg/1000 kcal	7.3 ± 4.1	7.2 ± 3.5	7.0 ± 3.5
ナトリウム	mg/1000 kcal	2263 ± 440	2269 ± 410	2253 ± 412
カリウム	mg/1000 kcal	1474 ± 343	1387 ± 351	1429 ± 347
カルシウム	mg/1000 kcal	277 ± 86	261 ± 84	274 ± 84
マグネシウム	mg/1000 kcal	139 ± 26	134 ± 27	137 ± 27
リン	mg/1000 kcal	566 ± 101	547 ± 106	554 ± 99
鉄	mg/1000 kcal	4.4 ± 0.9	4.2 ± 1.0	4.3 ± 0.9
亜鉛	μg/1000 kcal	4.7 ± 0.5	4.5 ± 0.6	4.6 ± 0.5
銅	μg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1
総食物繊維	g/1000 kcal	7.3 ± 1.9	6.9 ± 1.8	7.2 ± 1.9
水溶性	g/1000 kcal	1.8 ± 0.5	1.7 ± 0.5	1.7 ± 0.5
不溶性	g/1000 kcal	5.3 ± 1.3	5.0 ± 1.2	5.2 ± 1.3
アルコール	%エネルギー	0.4 ± 1.4	0.5 ± 1.6	0.4 ± 1.6

表18-2 栄養課題がある入居者のBMI群別エネルギーおよび栄養素摂取量(女性、1000kcal補正)

		痩せ群 (n=102)	普通群 (n=50)	肥満群 (n=335)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	1722 ± 391	1862 ± 424	1814 ± 388
たんぱく質	%エネルギー	15.3 ± 2.3	15.5 ± 2.7	15.8 ± 2.2
脂質	%エネルギー	26.8 ± 3.8	28.2 ± 4.7	26.8 ± 4.3
炭水化物	%エネルギー	56.2 ± 5.5	54.7 ± 6.5	55.9 ± 5.5
飽和脂肪酸	%エネルギー	6.6 ± 1.2	6.9 ± 1.4	6.6 ± 1.2
一価不飽和脂肪酸	%エネルギー	9.8 ± 1.5	10.4 ± 1.7	9.8 ± 1.8
多価不飽和脂肪酸	%エネルギー	6.9 ± 1.2	7.4 ± 1.6	6.9 ± 1.3
n-3系脂肪酸	g/1000 kcal	2 ± 0	2 ± 0	2 ± 0
n-6系脂肪酸	g/1000 kcal	6 ± 1	7 ± 1	6 ± 1
コレステロール	mg/1000 kcal	200 ± 47	194 ± 67	200 ± 55
ビタミンB1	mg/1000 kcal	0.5 ± 0.1	0.4 ± 0.1	0.5 ± 0.1
ビタミンB2	mg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.2	0.7 ± 0.1
ナイアシン	mg/1000 kcal	9.6 ± 2.1	9.7 ± 2.2	9.9 ± 1.9
ビタミンB6	mg/1000 kcal	0.8 ± 0.2	0.7 ± 0.2	0.8 ± 0.1
ビタミンB12	μg/1000 kcal	4.6 ± 2.1	5.3 ± 2.7	5.1 ± 2.1
葉酸	μg/1000 kcal	219 ± 68	198 ± 60	216 ± 61
ビタミンC	mg/1000 kcal	79 ± 28	68 ± 21	78 ± 23
レチノール	μg/1000 kcal	181.8 ± 132.9	215.2 ± 241.7	187.3 ± 147.9
クリプトキサンチン	μg/1000 kcal	154.5 ± 127.4	134.8 ± 82.8	175.7 ± 115.3
レチノール当量	μg/1000 kcal	454 ± 187	431 ± 261	444 ± 186
βカロテン当量	μg/1000 kcal	3240 ± 1606	2567 ± 1247	3055 ± 1435
ビタミンD	μg/1000 kcal	6.6 ± 3.2	7.5 ± 4.1	7.4 ± 3.3
ナトリウム	mg/1000 kcal	2250 ± 406	2318 ± 450	2315 ± 379
カリウム	mg/1000 kcal	4.6 ± 1.0	4.4 ± 1.0	4.6 ± 0.9
カルシウム	mg/1000 kcal	1550 ± 363	1435 ± 309	1549 ± 309
マグネシウム	mg/1000 kcal	286 ± 76	284 ± 94	287 ± 70
リン	mg/1000 kcal	141 ± 28	137 ± 28	144 ± 24
鉄	mg/1000 kcal	569 ± 91	572 ± 117	583 ± 84
亜鉛	μg/1000 kcal	4.7 ± 0.5	4.6 ± 0.5	4.8 ± 0.5
銅	μg/1000 kcal	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1	0.7 ± 0.1
総食物繊維	g/1000 kcal	7.9 ± 2.1	6.8 ± 1.6	7.7 ± 1.8
水溶性	g/1000 kcal	1.9 ± 0.6	1.7 ± 0.5	1.9 ± 0.5
不溶性	g/1000 kcal	5.6 ± 1.5	4.9 ± 1.1	5.5 ± 1.3
アルコール	%エネルギー	0.5 ± 2.8	0.1 ± 0.3	0.2 ± 1.1

表19-1 栄養課題がある入居者のBMI群別食品(群)摂取量(男性、1000kcal補正)

		痩せ群 (n=192)	普通群 (n=135)	肥満群(n=338)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	2151.8 ± 478.0	2392.1 ± 670.8	2239.8 ± 523.8
穀類	g/1000 kcal	263.8 ± 60.0	259.5 ± 62.4	260.2 ± 52.9
魚介類	g/1000 kcal	45.3 ± 22.6	44.6 ± 19.6	43.7 ± 20.4
肉類	g/1000 kcal	43.4 ± 16.3	40.3 ± 16.1	40.8 ± 15.3
卵類	g/1000 kcal	18.9 ± 10.3	17.9 ± 10.6	18.3 ± 10.7
豆類	g/1000 kcal	34.0 ± 18.7	31.0 ± 22.8	33.7 ± 21.3
緑黄色野菜	g/1000 kcal	54.9 ± 29.7	47.7 ± 26.8	52.2 ± 31.3
その他の野菜	g/1000 kcal	104.0 ± 48.0	95.0 ± 46.6	102.5 ± 51.4
いも類	g/1000 kcal	37.3 ± 19.7	33.3 ± 23.9	31.5 ± 18.2
きのこ類	g/1000 kcal	7.9 ± 5.4	7.2 ± 4.9	7.4 ± 5.0
海草類	g/1000 kcal	8.8 ± 6.2	9.3 ± 7.1	8.7 ± 6.6
果実類	g/1000 kcal	47.5 ± 33.5	50.3 ± 32.9	51.4 ± 33.3
乳類	g/1000 kcal	47.7 ± 46.4	43.4 ± 40.6	49.4 ± 42.9
白湯・茶類	g/1000 kcal	288.5 ± 167.2	269.3 ± 149.0	273.4 ± 178.3
コーラ類	g/1000 kcal	24.1 ± 42.1	54.0 ± 66.9	47.3 ± 72.2
酒類	g/1000 kcal	8.7 ± 26.9	10.4 ± 37.9	7.8 ± 28.0
菓子類	g/1000 kcal	18.2 ± 18.1	20.1 ± 19.4	20.2 ± 19.5
油脂類	g/1000 kcal	6.3 ± 2.4	6.4 ± 2.4	6.4 ± 2.3
砂糖類	g/1000 kcal	4.0 ± 2.9	4.3 ± 3.3	4.0 ± 2.8
調味料	g/1000 kcal	6.9 ± 3.1	7.5 ± 3.7	6.8 ± 3.2

表19-2 栄養課題がある入居者のBMI群別食品(群)摂取量(女性、1000kcal補正)

		痩せ群 (n=102)	普通群 (n=50)	肥満群 (n=335)
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
エネルギー	kcal	1722.5 ± 391.0	1862.2 ± 423.9	1814.0 ± 388.3
穀類	g/1000 kcal	241.9 ± 54.5	238.8 ± 53.7	241.4 ± 48.1
魚介類	g/1000 kcal	42.6 ± 21.0	48.5 ± 24.3	48.1 ± 20.3
肉類	g/1000 kcal	44.6 ± 15.0	43.8 ± 13.9	45.8 ± 15.8
卵類	g/1000 kcal	20.7 ± 10.3	17.6 ± 11.3	19.8 ± 10.3
豆類	g/1000 kcal	34.2 ± 20.2	34.9 ± 23.8	34.6 ± 18.6
緑黄色野菜	g/1000 kcal	61.1 ± 31.8	47.5 ± 24.9	57.3 ± 29.4
その他の野菜	g/1000 kcal	114.3 ± 54.0	95.0 ± 45.1	110.7 ± 49.7
いも類	g/1000 kcal	38.5 ± 19.8	32.2 ± 18.2	37.2 ± 19.5
きのこ類	g/1000 kcal	9.4 ± 7.0	6.8 ± 4.3	9.1 ± 6.0
海草類	g/1000 kcal	9.8 ± 6.9	7.8 ± 5.3	10.0 ± 6.1
果実類	g/1000 kcal	57.0 ± 41.5	49.5 ± 29.8	61.7 ± 37.1
乳類	g/1000 kcal	54.4 ± 38.0	60.2 ± 45.3	52.1 ± 37.5
白湯・茶類	g/1000 kcal	283.2 ± 185.0	290.9 ± 197.2	285.6 ± 171.4
コーラ類	g/1000 kcal	23.6 ± 46.2	36.0 ± 79.1	32.6 ± 63.1
酒類	g/1000 kcal	6.3 ± 37.8	1.6 ± 6.1	2.6 ± 12.3
菓子類	g/1000 kcal	21.7 ± 19.0	21.9 ± 15.8	20.1 ± 17.7
油脂類	g/1000 kcal	6.7 ± 2.2	7.3 ± 2.5	6.8 ± 2.2
砂糖類	g/1000 kcal	4.1 ± 3.0	4.3 ± 3.9	3.9 ± 2.9
調味料	g/1000 kcal	7.4 ± 2.7	8.5 ± 3.2	7.2 ± 2.8

表20 栄養課題がある入居者のBMI群別既往歴および服薬、喫煙について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=1152)	%	(n=294)	%	(n=185)	%	(n=673)	%
既往および治療中の疾患								
高血圧	195	16.9	22	7.5	42	22.7	131	19.5
糖尿病	64	5.6	7	2.4	15	8.1	42	6.2
肥満	93	8.1	2	0.7	10	5.4	81	12.0
現在服薬しているもの								
高血圧薬	177	15.4	18	6.1	37	20.0	122	18.1
糖尿病薬	48	4.2	3	1.0	8	4.3	37	5.5
向精神薬	277	24.1	48	16.3	39	21.1	190	28.2
高脂血症薬	92	8.0	11	3.7	11	6.0	70	10.4
喫煙歴								
吸っている	154	13.4	34	11.6	41	22.2	79	11.7
止めた	114	9.9	23	7.8	20	10.8	71	10.6
吸ったことがない	884	76.7	237	80.6	124	67.0	523	77.7

表21 栄養課題がある入居者のBMI群別移動手段や外出について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=1152)	%	(n=294)	%	(n=185)	%	(n=673)	%
移動手段								
自力歩行	1091	94.7	276	93.9	172	93.0	643	95.5
杖を使用	27	2.3	4	1.4	7	3.8	16	2.4
シルバーカーを使用	5	0.4	0	0.0	2	1.1	3	0.5
車椅子を使用	15	1.3	8	2.7	2	1.1	5	0.7
ほとんど歩かない	14	1.2	6	2.0	2	1.1	6	0.9
ひと月当たりの外出回数								
4~5回以上	669	58.1	162	55.1	106	57.3	401	59.6
2~3回以上	279	24.2	65	22.1	53	28.7	161	23.9
1回程度	156	13.5	52	17.7	20	10.8	84	12.5
それよりも少ない	30	2.6	6	2.0	3	1.6	21	3.1
外出しない	18	1.6	9	3.1	3	1.6	6	0.9

表22 栄養課題がある入居者のBMI群別健康に対する意識や体重増加の有無について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=1152)	%	(n=294)	%	(n=185)	%	(n=673)	%
同年齢の他者と比べ健康だと思うか								
そう思う	533	46.3	150	51.0	84	45.4	299	44.4
少しそう思う	177	15.4	41	14.0	26	14.1	110	16.3
わからない	228	19.8	51	17.4	28	15.1	149	22.1
あまりそう思わない	168	14.6	39	13.3	35	18.9	94	14.0
そう思わない	46	4.0	13	4.4	12	6.5	21	3.1
過去6ヶ月間の体重増加								
2~3kgぐらい増加	245	21.3	16	5.4	30	16.2	199	29.6
1kgぐらい増加	216	18.8	26	8.8	39	21.1	151	22.4
わからない	174	15.1	46	15.7	32	17.3	96	14.3
あまり増えていない	237	20.6	81	27.6	36	19.5	120	17.8
増えていない	280	24.3	125	42.5	48	26.0	107	15.9

表23 栄養課題がある入居者のBMI群別食事に対する意識について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=1152)	%	(n=294)	%	(n=185)	%	(n=673)	%
食事は美味しいと感じる								
そう思う	972	84.4	230	78.2	146	78.9	596	88.6
少しそう思う	112	9.7	33	11.2	24	13.0	55	8.2
わからない	38	3.3	21	7.1	5	2.7	12	1.8
あまりそう思わない	20	1.7	7	2.4	6	3.2	7	1.0
そう思わない	10	0.9	3	1.0	4	2.2	3	0.5
咀嚼機能のレベル								
何でも噛んで食べられる	942	81.8	231	78.6	135	73.0	576	85.6
わからない	27	2.3	7	2.4	7	3.8	13	1.9
一部噛めない食べ物が ある	138	12.0	38	12.9	32	17.3	68	10.1
噛めない食べ物が多い	32	2.8	12	4.1	8	4.3	12	1.8
噛んで食べることができ ない	13	1.1	6	2.0	3	1.6	4	0.6
食欲の有無								
ある	1012	87.9	247	84.0	155	83.8	610	90.6
少しある	79	6.9	26	8.8	15	8.1	38	5.7
わからない	21	1.8	4	1.4	6	3.2	11	1.6
あまりない	34	3.0	14	4.8	8	4.3	12	1.8
ない	6	0.5	3	1.0	1	0.5	2	0.3
食べることへの興味の有無								
ある	975	84.6	234	79.6	145	78.4	596	88.6
少しある	97	8.4	35	11.9	20	10.8	42	6.2
わからない	38	3.3	12	4.1	5	2.7	21	3.1
あまりない	32	2.8	10	3.4	11	6.0	11	1.6
ない	10	0.9	3	1.0	4	2.2	3	0.5

II 研究報告

表24 栄養課題がある入居者のBMI群別食事の内容について(男女)

	総数		痩せ群		普通群		肥満群	
	(n=1152)	%	(n=294)	%	(n=185)	%	(n=673)	%
1日の食事回数								
3回以上	1111	96.4	280	95.2	170	91.9	661	98.2
2回程度	38	3.3	13	4.4	13	7.0	12	1.8
1回程度	1	0.1	1	0.3	0	0.0	0	0.0
ほとんど食べない	2	0.2	0	0.0	2	1.1	0	0.0
1日の主食(ごはん、めん、パン、菓子パンなど)の摂取量*								
6杯以上	58	5.0	10	3.4	15	8.1	33	4.9
4~5杯程度	350	30.4	74	25.2	74	40.0	202	30.0
3杯以下	742	64.4	210	71.4	96	51.9	436	64.8
ほとんど食べない	2	0.2	0	0.0	0	0.0	2	0.3
1日の肉や魚の摂取回数								
3回以上	254	22.1	56	19.1	33	17.8	165	24.5
2回程度	669	58.1	173	58.8	112	60.5	384	57.1
1回程度	225	19.5	64	21.8	38	20.5	123	18.3
ほとんど食べない	4	0.4	1	0.3	2	1.1	1	0.2
1日の野菜の摂取回数								
3回以上	618	53.7	150	51.0	78	42.2	390	58.0
2回程度	390	33.9	103	35.0	71	38.4	216	32.1
1回程度	116	10.1	33	11.2	26	14.1	57	8.5
ほとんど食べない	28	2.4	8	2.7	10	5.4	10	1.5
1週間の豆腐・納豆の摂取回数								
ほぼ毎日	162	14.1	43	14.6	17	9.2	102	15.2
4~6回	277	24.1	68	23.1	44	23.8	165	24.5
2~3回	522	45.3	133	45.2	80	43.2	309	45.9
1回	157	13.6	37	12.6	34	18.4	86	12.8
ほとんど食べない	34	3.0	13	4.4	10	5.4	11	1.6
1週間の卵の摂取回数								
ほぼ毎日	164	14.2	46	15.7	12	6.5	106	15.8
4~6回	304	26.4	81	27.6	50	27.0	173	25.7
2~3回	534	46.4	131	44.6	88	47.6	315	46.8
1回	127	11.0	29	9.9	28	15.1	70	10.4
ほとんど食べない	23	2.0	7	2.4	7	3.8	9	1.3
1週間の果物の摂取回数								
ほぼ毎日	240	20.8	60	20.4	27	14.6	153	22.7
4~6回	230	20.0	47	16.0	36	19.5	147	21.8
2~3回	434	37.7	97	33.0	74	40.0	263	39.1
1回	181	15.7	70	23.8	33	17.8	78	11.6
ほとんど食べない	67	5.8	20	6.8	15	8.1	32	4.8
1日の甘味のある飲物(コーラ、コーヒー、ジュースなど)の摂取量								
コップ5杯以上	50	4.3	10	3.4	11	6.0	29	4.3
コップ3~4杯	259	22.5	50	17.0	54	29.2	155	23.0
コップ2杯以下	564	49.0	157	53.4	88	47.6	319	47.4
ほとんど飲まない	279	24.2	77	26.2	32	17.3	170	25.3
1日のお菓子(おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など)の摂取回数								
3回以上	37	3.2	10	3.4	5	2.7	22	3.3
2回程度	123	10.7	21	7.1	24	13.0	78	11.6
1回程度	585	50.8	146	49.7	93	50.3	346	51.4
ほとんど食べない	407	35.3	117	39.8	63	34.1	227	33.7

*主食の換算方法: 女性用茶碗(1杯)、男性用茶碗(1.5杯)、丼飯(2杯)、ゆで麺1玉(1杯)、食パン8枚切2枚(1杯)、菓子パン1個(1.5杯)

表25 グループホームにおける食事計画の立案の有無(n=687)

	はい	いいえ	わからない
食事計画の立案	391	252	44

表26 グループホームにおける施設内会議の種類および頻度(n=643)

	月1回以上	2～3ヶ月に1回	4～6ヶ月に1回	1年1回	話しあうことはない
食事の計画	192	42	39	73	297
献立の検討	177	68	41	71	286
	月に2回以上	月に1回	2～3ヶ月に1回	それよりも少ない	話しあうことはない
食事の内容	80	146	130	0	287
食事計画の評価	50	139	145	0	309

表27 グループホームにおける施設内会議の参加者(n=643)

	サービス管理者	世話人	栄養士	利用者	その他
食事の計画	221	325	95	78	66
食事の内容	235	329	106	86	71
食事計画の評価	219	297	95	80	71
献立の検討	220	323	116	92	74

表28 グループホームにおける取り組みの種類および頻度

	食事計画の立案		
	している (n=391)	していない (n=252)	わからない (n=44)
食事の買い物はいっしょに行きますか？			
毎日している	6	0	1
ほぼしている	38	14	2
あまりしていない	124	49	7
していない	223	189	34
食事の準備をしていますか？			
毎日している	132	48	10
ほぼしている	50	33	5
あまりしていない	94	78	8
していない	115	93	21
料理をいっしょにしていますか？			
毎日している	52	6	3
ほぼしている	44	18	5
あまりしていない	131	91	13
していない	164	137	23
食事の後片付けをいっしょにしていますか？			
毎日している	198	113	13
ほぼしている	65	57	10
あまりしていない	61	33	6
していない	67	49	15
定期的な身体計測			
毎月している	267	166	33
年に数回	64	45	7
あまりしていない	25	17	1
していない	35	24	3

表29 グループホームにおける世話人から見た入居者の実態(食事計画立案群別)

	食事計画の立案		
	している (n=391)	していない (n=252)	わからない (n=44)
残さずに食べる			
75～100%	365	227	40
50～75%未満	21	16	3
50～76%未満	2	5	1
25%未満	3	4	0
食べることが好き			
75～100%	377	239	41
50～75%未満	13	11	3
50～76%未満	1	1	0
25%未満	0	1	0
食事中の姿勢がよい			
75～100%	212	121	26
50～75%未満	135	93	15
50～76%未満	37	28	3
25%未満	7	10	0
お箸の持ち方がじょうず			
75～100%	229	134	33
50～75%未満	116	69	9
50～76%未満	32	37	2
25%未満	14	12	0
よく噛んで食べる			
75～100%	116	47	11
50～75%未満	181	124	22
50～76%未満	76	64	10
25%未満	18	17	1
夕食前にお腹がすいたと言う			
75～100%	124	63	12
50～75%未満	101	63	9
50～76%未満	54	25	7
25%未満	112	101	16
体を動かすことをする			
75～100%	106	41	5
50～75%未満	122	59	11
50～76%未満	79	64	12
25%未満	84	88	16
食べ物に興味がある			
75～100%	339	208	31
50～75%未満	45	34	10
50～76%未満	5	7	3
25%未満	2	3	0
食事の準備や後片付けのお手伝いをする			
75～100%	222	123	20
50～75%未満	80	52	8
50～76%未満	47	21	9
25%未満	42	56	7
お料理を作ることが好き			
75～100%	52	15	6
50～75%未満	73	27	4
50～76%未満	85	54	13
25%未満	181	156	21

表30 世話人の実態(食事計画立案群別)

	食事計画の立案		
	している (n=391)	していない (n=252)	わからない (n=44)
いただきますを言う			
毎回	310	180	31
言うほうが多い	48	37	7
言ったり言わなかったり	21	22	4
言わないほうが多い	10	12	1
言わない	2	1	1
お料理作るのは好き			
とても好き	105	49	7
好きなほう	169	103	21
ふつう	104	96	15
嫌いなほう	9	3	0
とても嫌い	4	1	1
お料理作るのは得意			
とても得意	42	16	5
得意なほう	124	89	10
ふつう	203	127	27
苦手なほう	15	17	2
とても苦手	7	3	0
利用者といしょに夕食を食べている			
毎日食べている	102	52	11
ほぼ食べている	37	35	6
食べたり食べなかったり	20	19	2
あまり食べない	30	15	3
食べない	202	131	22
利用者に食べ物の話をする			
毎日話している	94	43	8
よく話している	205	132	21
話したり話さなかったり	80	65	12
あまり話さない	7	11	2
話さない	5	1	1

表31 世話人の利用者との話題(食事計画立案群別)

	食事計画の立案		
	している (n=391)	していない (n=252)	わからない (n=44)
食べ物なまえなどのこと	283	194	28
食べ物と健康の関係のこと	296	189	34
栄養のこと	276	163	23
朝食の献立のこと	188	105	19
食事マナーのこと	258	161	24
味付けや料理方法のこと	236	121	19
食べ物に命があること	73	54	8
食べ物の旬のこと	215	145	18
昼食の内容のこと	181	104	19
夕食の献立のこと	259	149	24
節分・お雛祭りなどの行事食のこと	256	171	29
郷土料理などの伝統食のこと	108	63	9
苦手な食べ物が食べられたこと	165	99	20
体を動かすことが必要なこと	241	153	25
食べ物をよく噛むこと	293	189	32

表32 世話人の食事に対する考え(食事計画立案群別)

	食事計画の立案		
	している (n=391)	していない (n=252)	わからない (n=44)
行事食を伝えることは大切			
そう思う	308	202	33
少しそう思う	62	36	10
あまりそう思わない	16	13	1
そう思わない	5	1	0
郷土料理・伝統食を伝えることは大切			
そう思う	227	138	15
少しそう思う	125	82	23
あまりそう思わない	34	30	6
そう思わない	5	2	0
食事バランスの適切なとり方を教えることは大切			
そう思う	359	227	36
少しそう思う	29	23	8
あまりそう思わない	0	2	0
そう思わない	3	0	0
料理のコツなどを教える料理教室は必要			
そう思う	122	80	13
少しそう思う	165	87	15
あまりそう思わない	80	65	15
そう思わない	24	20	1
病気(糖尿病・高血圧など)や肥満・やせの相談を受ける必要がある			
そう思う	268	174	23
少しそう思う	97	53	16
あまりそう思わない	21	15	4
そう思わない	5	10	1
食事時のあいさつ「いただきます」などは必要			
そう思う	383	242	41
少しそう思う	6	10	1
あまりそう思わない	1	0	2
そう思わない	1	0	0
食事の準備をいっしょに行うことは必要			
そう思う	191	111	19
少しそう思う	131	74	12
あまりそう思わない	57	47	11
そう思わない	12	20	2
食事の後片付けをいっしょに行うことは必要			
そう思う	270	152	23
少しそう思う	86	60	13
あまりそう思わない	27	24	6
そう思わない	8	16	2
簡単に作れる料理などレシピ紹介をすることは必要			
そう思う	180	89	16
少しそう思う	134	95	14
あまりそう思わない	59	50	11
そう思わない	18	18	3

II 研究報告

楽しく食べる環境づくりは必要			
そう思う	303	196	32
少しそう思う	77	48	12
あまりそう思わない	7	6	0
そう思わない	4	2	0
食べ物の旬を教えることは必要			
そう思う	277	169	24
少しそう思う	97	62	19
あまりそう思わない	13	21	1
そう思わない	4	0	0
食べ物と健康の関係を教えることは必要			
そう思う	337	215	35
少しそう思う	44	31	9
あまりそう思わない	6	5	0
そう思わない	4	1	0
ゆっくりと良く噛んで食べることを教えることは必要			
そう思う	357	227	40
少しそう思う	32	21	3
あまりそう思わない	2	4	1
そう思わない	0	0	0
歯磨きと歯の大切さの関係を教えることは必要			
そう思う	366	231	39
少しそう思う	23	17	4
あまりそう思わない	2	4	1
そう思わない	0	0	0
身体計測の結果を見てやせや肥満の確認は必要			
そう思う	349	227	33
少しそう思う	39	22	11
あまりそう思わない	2	3	0
そう思わない	1	0	0

Ⅲ 食生活・栄養支援のモデル事業の 内容・支援方法(事例)

<事例紹介 1>

年齢：40歳	性別：男性	身長：164.8cm	体重：80.6kg	BMI：29.6
障害程度区分：3		主障害：知的障害		
主障害の原因疾患：妊娠高血圧症候群、出産後原因不明の頭部裂傷				
併存症：なし				

<栄養スクリーニング>

体重変化率は3ヶ月で0.2%減少だったが、肥満度（BMI）が29.6と高く、栄養状態のリスクのレベルを中リスクと判断した。血清アルブミン値は5/11に検査し4.5g/dl、食事摂取量は主食が95%、副食が87%で平均91%、褥瘡は無い。

<栄養アセスメント>

20年前の体重は54kgであり、26.4kg増加している。健康診断では、現在のところ特に生活習慣病などの異常は認められない。

平日は、徒歩で15分ほどのところにある作業所にて午前9時～15時半までお弁当の盛り付けや配達業務に携わっている。

食事は、平日の朝食はパン食、昼食は作業所にてお弁当、休日の朝食はお茶漬けのみ、昼食はめん類のみが多い。夕食は毎日食材の宅配サービスを利用している。帰宅後、週に3～4回は徒歩5分程のところにあるコンビニでお菓子や清涼飲料水を購入し、毎日間食している。その他にも低脂肪のヨーグルトやコーヒー牛乳を4杯程度摂取している。また、週に1回、カップ麺やサンドイッチ等の夜食を食べている。

1日の食塩摂取量が約14gで摂取過剰となっており、食物繊維は不足傾向にある。毎日間食を多量に摂取しており、間食からの摂取エネルギー量が多い。乳類からの摂取エネルギー量が高く、飽和脂肪酸の摂り過ぎがある。休日は炭水化物を多く含む食品の摂取が多く、内容にやや課題がある。飲酒、喫煙の習慣はない。

平日は、通勤で往復30分の歩行と立ち作業のため身体活動は比較的高いと思われる。休日は、ホームにすることが多く、動くことは嫌いではない様子がある。

食事については、平日の朝食・昼食・夕食の量にあまり問題ないが、休日は偏りがちになり内容に課題が生じている。食事時に使用するかける調味料の頻度は多くないが、量はやや多く、麺類の汁物も全て飲まれるため食塩摂取量が多い。また、自由に買い物に行くことが出来るため、お菓子や飲み物の摂取量が多いという課題がある。そこで食塩の摂り方と間食の摂り方について提案する必要があると考えた。

<栄養ケア計画>

利用者または家族の意向は、「もう少しやせていつまでも健康で元気に仕事を続けたい。」

である。解決すべき課題は、肥満の改善、高血圧症の予防、間食の摂りすぎから来る摂取エネルギー量の過剰である。

長期目標は、循環器疾患や糖尿病の予防を目的に肥満を改善することとし、1年間で約6kgの減量を目標とした。

短期目標と栄養ケアの内容は、①高血圧の予防をする。そのために食塩の摂取が過剰にならないように、食品や料理に含まれている食塩量を知り、本人が意識するように世話人から声かけをする。②間食からのエネルギー量を減らす。そのために間食の種類や量を管理栄養士が確認し、1回に購入する嗜好飲料の量を減らすように世話人が声掛けする。③飽和脂肪酸を減らすため、牛乳を脂肪が少ない加工乳（低脂肪）に変える。④食物繊維の摂取量を増やすため、食事に玄米ごはんや根菜、果実類を取り入れる。⑤消費エネルギーを増やし、心肺機能を高めるため、身体活動を増加させる運動の機会を増やすこととした。期間は3か月とし、世話人と管理栄養士が協力し合い支援していくこととした。

<食習慣指導内容>

BDHQ（簡易型自記式食事歴法質問表）の結果では、赤信号が食物繊維の摂取不足、食塩の摂取過剰であった。

診断名はついていないものの高血圧症の予備群のため、食塩の摂取過剰を優先として介入した。現在の食事内容による食塩摂取量と目指したい食塩摂取量を「食塩」の補助カードを用いて比較した。特に、麺類のスープは、飲む量によって大きく食塩摂取量が異なることを意識してもらうようにした。

間食については、自由に買い物に行くことが可能なため、全ての把握が難しい。まず、良く食べている洋菓子やクッキー、アイスクリームはご飯1杯分のエネルギー量に相当し、1回の量を減らすことで摂取するエネルギー量を減らすことができ、減量につながると考えた。しかし、その習慣を変える事は本人にとって負担になるため、負担のない方法を考えることにした。自分で入れているコーヒーの牛乳と清涼飲料水に視点を当て、コーヒーに入れている普通牛乳を加工乳（低脂肪）にすること、1回に購入する清涼飲料水の量を半分にすることで、1日の摂取量を半分にでき、摂取エネルギー量を160kcal減らすことができると考え、無理のないように取り組むこととした。

指導期間中にエアロバイクを購入されたため、運動の機会を設けることにした。長期間継続していただくためには、身体に負担がかからないように短時間から始め、慣れてきたら徐々に時間を延ばしていくよう、アドバイスした。まずは1日5分とし、1日約30kcalのエネルギーを消費する。これによって間食からくる摂取エネルギー減と合わせるとエネルギー出納は1日190kcal減らすことができることになった。

平日の昼食以外は、ホーム全員がほぼ同じ食事を召し上がっているため食物繊維不足は、ホームの食事の改善が必要であると考えた。食物繊維は、野菜や穀類からは概ね摂取できしており、果実や豆類からの摂取が特に不足していた。果実は好むが豆類は好まないため、

玄米や果実、大豆加工品から摂取することを提案した。

<モニタリング>

お菓子やコーヒーはやめられないと本人からの報告があった。お菓子について、「少し量を減らす」という説明が受け入れられず、「とる」か「とらない」かのどちらかの理解になってしまう。そのため極端に我慢してしまうことがあり、ストレスから体調不良を訴え、仕事を休んでしまうこともある。お菓子やコーヒーの量は減らさず、運動してダイエットしたい意思がある。

夕食のご飯茶碗が他の方よりも大きく、同じ量を盛り付けても少なく見えてしまうため、ご飯茶碗の大きさを他の方と同じ大きさに変更している。

ホームで配膳の手伝いをするが、好きな料理は自分に、苦手料理は他の人に配膳していることがある。また、朝食がパンのみかパン+何か一品、お茶漬けのみなど偏っていることは改善されていない。

<評価>

世話人の声かけが必要ではあるが、減塩に対する意識付けができたことによって、麺類の汁を残し、かける調味料の回数と量を減らすことができるようになった。また、間食の菓子類の量を減らすことや、質を変えることは出来ず、指導期間中の体重減少はみられなかったが、普通牛乳を加工乳（低脂肪）に変え、1Lの清涼飲料水の購入を半分にするだけで、摂取エネルギー量も半分にすることができた。また、みんなで運動ができるようになり、消費エネルギーを増やすことができたが、体重変化は見られず、減量はできていない。

<まとめ（感想）>

本人は理解力があるため、負担なく出来そうな事をいくつか提案し、本人が自ら選択して実施してもらうようにした。そのため、食塩摂取量については、世話人からの声かけによって実行でき、エアロバイクを使った運動により身体活動量を増加させることができた。しかし、間食については、普通牛乳を加工乳（低脂肪）に変えることは可能だったが、好きなお菓子を全く別なお菓子に変えることは難しく、本人には好きなお菓子も別なお菓子も食べるという理解になってしまった。「ダイエットしたい」という気持ちはあるようだが、間食を摂り過ぎていること、さらに間食を「とる」か「とらない」かの極端な理解となってしまうことから、「間食の量を減らす」ことができなかった。

食習慣指導は、本人が課題に気づき、自ら行動変容できるように指導することが重要であることを実感した。今後、運動量で消費エネルギーを高めることの難しさも伝え、間食による摂取エネルギー量を減らすことができるよう継続して支援して行きたい。

社会福祉法人横浜共生会 横浜らいず
管理栄養士 松山 いづみ

栄養スクリーニング

記入者氏名 松山いづみ

作成年月日 24 年 1 月 11日

氏名	(ふりがな) 21402011	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 46 年 7 月 31 日		併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害			特記事項
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他(妊婦高山山江社医研、正産後原因不明の頭部裂傷)			

栄養状態のリスクのレベル

実施日	24 年 1 月 11 日	24 年 3 月 14 日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	164.8 cm	164.8 cm	cm	cm
体重 (kg)	80.6 kg	80.4 kg	kg	kg
肥満度* [BMI]	29.6 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	29.6 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	3 ヶ月に 0.2 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	1 ヶ月に 0.2 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	4.5g/dl (5/11) <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 95 % } 平均 91 % 副食 87 % } 内容: <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 100 % } 平均 100 % 副食 100 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
		身体障害	やせ 11.5~16未満 肥満 24.5~28.5未満	やせ 11.5未満 肥満 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上	
体重変化率	変化なし (増減: 3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上	
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養		
褥瘡			褥瘡	

***大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	21402011	記入者	松山いづみ
身体状況、栄養・食事に関する意向	もう少しやせていつまでも健康で元気に仕事を続けたい。	家族構成とキーパーソン	本人 — 父

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		2024年1月11日	2024年2月9日	2024年3月14日
身体計測等	体重 (kg)	80.6 (kg)	80.2 (kg)	80.4 (kg)
	肥満度 ¹⁾	29.6	29.5	29.6
	3%以上の体重変化	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 4.5 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)
	その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）	()	()	()
食生活状況等	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 89%	[1] 100%	[1] 100%
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 95%	[1] 100%	[1] 100%
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 91%	[1] 100%	[1] 100%
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 83%	[1] 100%	[1] 100%
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[()] %	[()] %	[()] %
必要栄養量	（エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 2000kcal タンパク質 60g	エネルギー 2000kcal タンパク質 60g	エネルギー 2000kcal タンパク質 60g
	食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" 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）	() 間食が多い	() 間食が多い。嗜好飲料の量を減らし、牛乳を無脂肪乳に変える。	() 間食が多い。嗜好飲料の量を減らし、牛乳を無脂肪乳に変える。
多職種による栄養ケアの課題	低栄養・過栄養関連問題	<input checked="" type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項			
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { BMI29.6 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { BMI29.5 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { BMI29.6 }
	② 食生活状況等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 間食が多い }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 間食が多い }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 間食が多い }
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 過食 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 過食 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 過食 }
	④ 身体症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書

氏名	21402011 殿	入所日	17年 10月 1日
作成者		初回作成日	24年 1月 11日
利用者 または 家族の意向	もう少しやせて、いつまでも健康で元気に仕事を続けたい。	作成（変更）日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 (二ス)	栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） 肥満の改善(BMI29.6 中リスク) 高血圧の予防 間食の取り過ぎを改善		サイン
長期目標と期間	肥満を改善する(1年間でマイナス6kg目標)		続柄

短期目標と期間	栄養ケア (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)	担当者	頻度	期間
高血圧症の予防 間食からの摂取エネルギー量を減らす	食塩の過剰摂取とならないよう意識づけの声掛けを行う。	世話人	都度	3ヶ月
	間食の種類と量の確認をする。	管理栄養士	毎回	3ヶ月
	嗜好飲料は1回に購入する量を減らす。	世話人	毎回	3ヶ月
	普通牛乳を加工乳(低脂肪)に変える。	世話人	毎日	3ヶ月
循環器疾患や糖尿病の予防	食事に玄米ご飯や根菜、果実類を積極的に摂り入れる。	世話人	毎日	3ヶ月
	身体活動を増加させる	世話人	毎日	3ヶ月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
24	1		牛乳を無脂肪乳、砂糖を1/3カロリー、油をヘルシア、ドレッシングをノンオイル、マーガリンとマヨネーズを1/2 カロリーのものに変更。
		14	夕食時に果物をつける。いちご2個やりんご1/4個付け。
		26	減塩味噌、玄米ごはん購入、現在のものなくなり次第切り替え。
		28	日中に購入してきた菓子類について1日で全部食べないよう声かけ。
		29	ラーメンスープを少し残すよう声かけ。
	2		白米に玄米を混ぜて提供開始。
		16	ご飯茶碗が大きいので、他の方と同じ大きさの茶碗に変更。
		18	夜食のラーメンの汁を全部飲まないように声かけ。
		23	昼食は外食したため、夕食は完食しなくてもよいと声かけ。
		25	夜食のラーメンの汁を全部飲まないように声かけ。
		28	減らしたい体重に対して食べ控えるエネルギー量を示す。
	3	2	お試して、コーヒーに入れる牛乳をクリープに変えて飲み、牛乳でなくても飲めそうと報告がある。
		4	ご本人用のクリープを購入。
		16	エアロバイク購入。1日5分使用開始。

食習慣指導報告書（1）回目

ID	21402011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 11 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input checked="" type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他()							
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他(世話人)							
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input checked="" type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<p>【赤信号：食物繊維不足、食塩過剰】</p> <p>食塩摂取過剰を優先課題とした。どのような食品から多く摂取しているか、減塩するにはどうしたらよいかに着目した。また、食塩摂取過剰により罹患しやすい高血圧症やがんについての説明をした。</p> <p>食物繊維不足は、特に果実や豆類からの摂取が不足している。果実は好むが豆類は好まないため、玄米や野菜、果実、大豆加工品からの摂取により摂取量を増やすこととした。</p>							
補助カードの活用内容と着眼点	<p>【減塩出来そうな方法：食事に使用する調味料の調整、汁物の飲む量を控える】</p> <p>かける調味料：頻度は「ときどき」ではあるが、量が「やや多い」ため、これら調味料に含まれる食塩量のカードを使用した。</p> <p>汁物：麺類の汁物を飲む量は「2割くらい」とあったが、ときどき全部飲まれることもあった。そこで、麺の汁を飲む量を控えることによる減塩に着目した。</p>							

個人補助結果帳票と	の指導内容以外	<p>「脂肪」「飽和脂肪酸」が黄色信号であり、特に乳類からの摂取が多かった。牛乳を飲む回数が多く、ホームの利用者全員が飲んでることから減らすことが難しいため、普通牛乳を加工乳（低脂肪）に変えることで脂肪と飽和脂肪酸の摂取量を減らすことができること。また、マーガリンやマヨネーズ、ドレッシングもカロリーハーフやノンオイルの物を使用したり、調理の際、テフロン加工のフライパンを使用する事で油の摂取量を減らすことができることを伝える。</p> <p>朝食作りがアルバイトの学生の日もあるため、毎回食事のバランスを取ることが難しいことから、色採りの5色を揃えるだけでもバランスが整うことを伝える。</p>																																																																																																																
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）		<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																														
		<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																														
		<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																														
		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																														
		<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																														
		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																															
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）		<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																														
対象者本人の理解度		本人以外の理解度																																																																																																																
<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																	

食習慣指導報告書（2）回目

ID	21402011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 26 日	
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input checked="" type="checkbox"/> その他（#分）						
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）						
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input checked="" type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<p>【黄色信号：肥満度29.9】</p> <p>肥満は二番目の課題とした。食事摂取によるエネルギー量と消費エネルギー量のバランスが必要なことを説明し、現在のご本人のエネルギーバランスを示した。また、肥満度判定ではどの位置に該当するかをも示した。また、菓子、砂糖類、乳類からエネルギー量を多く摂取しており、それらの摂取エネルギーを無理なく減らすための計画を立てることとした。</p>						
補助カードの活用内容と着眼点	<p>菓子：良く食べている洋菓子やクッキー、アイスクリームはご飯1杯分のエネルギー量があり、1回減らすことで摂取エネルギー量を減らすことができることに着目した。</p> <p>砂糖：よく飲まれている砂糖入りコーヒー・紅茶やジュースに入っている砂糖量を実際のスティックシュガーを用いて示した。</p>						

個人 補助 結果 帳票と	の 指導 内容	世話人より、ご飯茶碗が他の方より大きく、同じ量を盛っても少なく見えてしまい「少ないのでもう少し入れて下さい」と言いに来るため、茶碗をひと回り小さくしたいと相談があり、次回本人に伝えることにした。																																																																																																																																						
前 回 の 指 導 内 容 の 確 認 （ 項 目 の 該 当 欄 に ☑ を 入 れ る ）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																																					
前 回 の 指 導 内 容 の 確 認 （ 該 当 欄 に ☑ を 入 れ る ）	<table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																					
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																																				
対象者本人の理解度				本人以外の理解度																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 理解している				<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している				<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> わからない				<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> あまり理解していない				<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 理解していない				<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																																				

食習慣指導報告書（3）回目

ID	21402011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 9 日																																																																																																																										
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他()																																																																																																																															
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他(世話人)																																																																																																																															
選択した個人結果	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>一般基本編(信号の色)</td> <td><input type="checkbox"/>食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/>高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/>骨粗鬆症・骨折</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/>カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/>鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/>食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/>カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/>飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/>脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/>コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1-①</td><td><input type="checkbox"/>1-②</td><td><input type="checkbox"/>1-③</td><td><input type="checkbox"/>1-④</td><td><input type="checkbox"/>1-⑤</td><td><input type="checkbox"/>1-⑥</td><td><input type="checkbox"/>1-⑦</td><td><input type="checkbox"/>1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>1-⑨</td><td><input type="checkbox"/>1-⑩</td><td><input type="checkbox"/>1-⑪</td><td><input type="checkbox"/>1-⑫</td><td><input type="checkbox"/>1-⑬</td><td><input type="checkbox"/>1-⑭</td><td><input checked="" type="checkbox"/>1-⑮</td><td><input type="checkbox"/>1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2-①</td><td><input type="checkbox"/>3-①</td><td><input type="checkbox"/>3-②</td><td><input type="checkbox"/>3-③</td><td><input type="checkbox"/>3-④</td><td><input type="checkbox"/>3-⑤</td><td><input type="checkbox"/>3-⑥</td><td><input type="checkbox"/>4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4-②</td><td><input type="checkbox"/>4-③</td><td><input type="checkbox"/>4-④</td><td><input type="checkbox"/>4-⑤</td><td><input type="checkbox"/>4-⑥</td><td><input type="checkbox"/>4-⑦</td><td><input type="checkbox"/>4-⑧</td><td><input type="checkbox"/>4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5-①</td><td><input type="checkbox"/>5-②</td><td><input type="checkbox"/>5-③</td><td><input type="checkbox"/>5-④</td><td><input type="checkbox"/>5-⑤</td><td><input type="checkbox"/>5-⑥</td><td><input type="checkbox"/>5-⑦</td><td><input type="checkbox"/>5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5-⑨</td><td><input type="checkbox"/>6-①</td><td><input type="checkbox"/>6-②</td><td><input type="checkbox"/>6-③</td><td><input type="checkbox"/>6-④</td><td><input type="checkbox"/>6-⑤</td><td><input type="checkbox"/>6-⑥</td><td><input type="checkbox"/>6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>6-⑧</td><td><input type="checkbox"/>6-⑨</td><td><input type="checkbox"/>6-⑩</td><td><input type="checkbox"/>6-⑪</td><td><input type="checkbox"/>6-⑫</td><td><input type="checkbox"/>7-①</td><td><input type="checkbox"/>7-②</td><td><input type="checkbox"/>7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>7-④</td><td><input type="checkbox"/>7-⑤</td><td><input type="checkbox"/>7-⑥</td><td><input type="checkbox"/>7-⑦</td><td><input type="checkbox"/>7-⑧</td><td><input type="checkbox"/>7-⑨</td><td><input type="checkbox"/>7-⑩</td><td><input type="checkbox"/>7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>7-⑫</td><td><input type="checkbox"/>7-⑬</td><td><input type="checkbox"/>7-⑭</td><td><input type="checkbox"/>7-⑮</td><td><input type="checkbox"/>7-⑯</td><td><input type="checkbox"/>7-⑰</td><td><input type="checkbox"/>7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>8-①</td><td><input type="checkbox"/>8-②</td><td><input type="checkbox"/>8-③</td><td><input type="checkbox"/>8-④</td><td><input type="checkbox"/>8-⑤</td><td><input type="checkbox"/>8-⑥</td><td><input type="checkbox"/>8-⑦</td><td><input type="checkbox"/>8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>8-⑨</td><td><input type="checkbox"/>8-⑩</td><td><input type="checkbox"/>8-⑪</td><td><input type="checkbox"/>8-⑫</td><td><input type="checkbox"/>8-⑬</td><td><input type="checkbox"/>8-⑭</td><td><input type="checkbox"/>8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>9-①</td><td><input type="checkbox"/>9-②</td><td><input type="checkbox"/>9-③</td><td><input type="checkbox"/>9-④</td><td><input type="checkbox"/>9-⑤</td><td><input type="checkbox"/>9-⑥</td><td><input type="checkbox"/>9-⑦</td><td><input type="checkbox"/>9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>10-①</td><td><input type="checkbox"/>10-②</td><td><input type="checkbox"/>10-③</td><td><input type="checkbox"/>10-④</td><td><input type="checkbox"/>10-⑤</td><td><input type="checkbox"/>10-⑥</td><td><input type="checkbox"/>10-⑦</td><td><input type="checkbox"/>10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>10-⑨</td><td><input type="checkbox"/>11-①</td><td><input type="checkbox"/>11-②</td><td><input type="checkbox"/>11-③</td><td><input type="checkbox"/>11-④</td><td><input type="checkbox"/>11-⑤</td><td><input type="checkbox"/>11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>12-①</td><td><input type="checkbox"/>12-②</td><td><input type="checkbox"/>12-③</td><td><input type="checkbox"/>12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
個人結果帳票の着眼点	<p>前回、ご本人より「スポーツジムに通おうと思っている。」との発言があり、肥満は摂取エネルギーの過剰と消費エネルギー不足により起こることから、運動の大切さを説明し、体重を減量する一つとして着目した。</p>																																																																																																																															
補助カードの着眼点	<p>日常の身体活動による消費エネルギーを説明した。</p>																																																																																																																															

個人補助結果帳票と	の指導内容	前回の「ご飯茶碗を小さくしたい。」との世話人からの依頼により、実際に全員の茶碗を並べ、茶碗が大きいことを確認し、他の人と同じ量を盛り付け、少なく見えるか否かを体験していただき、茶碗をみんなと同じ大きさにしてみることを提案した。																																																																																																																																						
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>																<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																																						
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																																							
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input checked="" type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input checked="" type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																					
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																																				
対象者本人の理解度				本人以外の理解度																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																									

食習慣指導報告書（4）回目

ID	21402011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24年	2月	28日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他()	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他(世話人)	
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容と着眼点	肥満の改善: 摂取エネルギーを減らす計画において1日に控えたいエネルギー量を再確認。 牛乳の摂取量が多いため、牛乳の種類によるエネルギー量の違いや脂肪や飽和脂肪酸の違いを説明した。							
補助カードの活用内容と着眼点	1日にコーヒーに牛乳を入れて4杯摂取してるため、普通牛乳と加工乳(低脂肪)のエネルギー量の違いと脂肪や飽和脂肪酸の違いに着目し、補助カードを使用した。 減らしたい体重から1日あたり食べ控えるエネルギー量を補助カードを使用して説明した。							

個人補助カード以外の 結果帳票と の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%;"><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
	その他の意見																																																																																																																								
指導内容の理解度を確認する <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;"> 対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input checked="" type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td style="width:50%;"> 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input checked="" type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																							
対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input checked="" type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

食習慣指導報告書（5）回目

ID	21402011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 14 日	
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い						
欄に記入する	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input checked="" type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の着眼点	ご本人より「ご飯をもっと食べたい。」との発言あり。食べているエネルギー量と使っているエネルギー量のバランスについて再確認する。						
補助カードの着眼点	お菓子とご飯のエネルギー量を比較。ご飯を増やすにはどのようにしたらよいかを考えることに着目した。						

個人補助カード以外の結果帳票と																	
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input checked="" type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑯	
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④													
指導内容の理解度を確認する										その他の意見							
対象者本人の理解度					本人以外の理解度												
<input type="checkbox"/> 理解している					<input checked="" type="checkbox"/> 理解している												
<input type="checkbox"/> 少し理解している					<input type="checkbox"/> 少し理解している												
<input type="checkbox"/> わからない					<input type="checkbox"/> わからない												
<input checked="" type="checkbox"/> あまり理解していない					<input type="checkbox"/> あまり理解していない												
<input type="checkbox"/> 理解していない					<input type="checkbox"/> 理解していない												

食習慣指導報告書（6）回目

ID	21402011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 28 日	
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他(分)						
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他(世話人)						
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input checked="" type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の着眼点	これまで介入してきた食塩の摂取過剰と摂取エネルギーの過剰に対する再確認をする。						
補助カードの着眼点	減塩:食事の時に使うかける調味料の量を少なめにする。麺の時は、汁を残すようにする。 減量:清涼飲料には砂糖がたくさん入っているので、摂取量を減らす。						

個人補助カード以外の結果帳票と																																																																																																																									
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input checked="" type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input checked="" type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 指導内容の理解度を確認する </td> <td style="width:50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> その他の意見 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="padding: 5px;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> わからない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table> </td> <td style="border: 1px solid black; height: 150px;"></td> </tr> </table>	指導内容の理解度を確認する	その他の意見	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="padding: 5px;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> わからない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																									
指導内容の理解度を確認する	その他の意見																																																																																																																								
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="padding: 5px;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> わからない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																													
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

<事例紹介 2>

年齢：49歳	性別：男性
身長：157.5cm	体重：45kg BMI18.1
障害程度区分：区分6	主障害：知的障害
主障害の原因疾患：発育・発達の遅れ	併存症：高血圧症

<スクリーニング>

食事摂取量は毎食全量摂取され、年末年始に行事が多かったことで体重増加しているが、BMIが18.1と低いため、栄養状態のリスクを中リスクと判定する。

<アセスメント>

昭和61年5月に障害者施設に入所し、平成15年4月1日からケアホームで生活している。日中は、歩いて15分ほどのところにある通所作業所に徒歩で通い、施設で粘土作業をしていた経験を活かしてクッキーを作っている。今では1gも違うことなく正確に計量できるベテランになっている。物静かで、休みの日はずっと自室でテレビを観て過ごすことが多いため、近くのスーパーまで好きな缶コーヒーを買いに行くことで外出の機会をつくっている。

体重は、平成23年10月が41.8kgで、通常は42kg前後で変化がない。しかし、年末年始に行事が多くあり、食事も行事食となったためか3.2kg増加し、45kgとなっている。

食生活の状況としては、もともと食が細く、入所時は摂取を勧めても「おなかいっぱい。」と答えることが多かったが、現在も食事は全量摂取されるものの一度にたくさん摂取することは難しい。ただし、缶コーヒーを1人で買いにいけるようになったことがきっかけで外出をするようになり、買い物も、好きな甘い食べ物としてアンパンも一緒に買うようになり、現在は、アンパンからクリームパン、デニッシュパンへと脂肪を多く含むパンへと変わってきている。

以前から高血圧症の治療を受けており、降圧薬を服用している。家族は高血圧症を心配し、高血圧症を改善させたいと話している。また、食後すぐにトイレに行き、軟便の排便がある。家族からは子供のころから腸が弱かったとの話があった。

本人は、作業所での仕事も充実し、1人で外出できるようになったことで楽しみが増え、現在のケアホームでの生活を続けたいと希望されている。

<ケア計画>

本人の意向は「ケアホームの生活を続けたいので、体重を増やし体力を維持したい。」であり、家族の意向は「高血圧症を改善したい。」である。

解決したい課題としては、エネルギー源となる栄養素のバランスをとりながら食事をし

っかり摂り、体重を増やしたいことと減塩習慣を身につけ、安定した血圧を維持したいである。

長期目標は、筋力を維持しながら体重を増やす（3 か月で 3kg 増加）ことと減塩習慣を身につけることとした。

短期目標は、①食事量を増やす ②筋力を維持する ③かける調味料の量を減らすとした。

- ① 食事量を増やすために、栄養補給量をエネルギー2000kcal、たんぱく質 70g とし、一度にたくさんは食べられないことから 200kcal 分は間食から摂ることとする。間食においては、食事アセスメントで脂肪、飽和脂肪酸の摂り方が多かったため、脂肪を控えたおやつを手作りして提供することとする。また、楽しい雰囲気の中での食事は食欲を促すと考え、食事環境を整えることとした。
- ② 筋力を維持するためには、20 分間のウォーキングを取り入れることとし、生活支援員と一緒にこなうこととした。
- ③ かける調味料の量を減らすためには、食塩相当量 8g 未満の食事を提供することとし、汁ものの食塩量を減らし、かけ醤油はかけ過ぎないように専用のティースプーンを用意して必要なときにかけることとした。

<食習慣指導内容>

ケア計画から、やせと減塩を中心として 6 回の指導を行った。

1 回目は、食事アセスメント結果から信号の色を用いて説明した。まず、信号の色が黄色だった内容について個人結果帳票を使用し説明をした。さらに補助カードを使って体重増加に向けて増やしたい体重、がんばる期間、一日あたりに追加するエネルギーを何でとるか本人と一緒に計画した。一度にたくさん摂取できないことから世話人さんと相談し、間食で追加するエネルギーを補うことにした。減塩については、好んで食べている麺類のスープや汁の食塩量について、全部飲んだ場合と残した場合の食塩量の違いを補助カードで説明し、麺類を食べる時は汁を残すことを本人と決めた。

2 回目の指導は、減塩を中心に行ない、1 回目の復習として麺類のスープや汁の食塩量を再度説明した。その際、外出時にチャンポン麺を食べたとのことだったため、スープは飲んだか尋ねると「全部飲んでいない。」と答え、1 回目の指導内容を覚えている様子だった。他にサラダにかけるマヨネーズやドレッシングの食塩量の違いについて補助カードを使って説明した。最後に間食はいつとるかを本人と相談し、午後 3 時ごろと決めた。

3 回目は、訪問したらすぐに「スープは全部飲んでない。」と笑顔で話してくれる。1~2 回目の指導内容を理解し、さらに指導にも慣れてきた様子でいろんな話をしてくれるようになる。指導は、減塩と脂肪の摂り方について行った。減塩については、補助カードを使って、好んで食べているパンや麺類はご飯と違って食塩が含まれていることを説明した。脂肪については、摂取頻度の高い牛乳について、普通牛乳と低脂肪乳の含まれる脂肪量の

違いを補助カードで説明し、低脂肪乳を購入してみることにについて世話人を交えて相談した。さらに甘いものが好きなので、和菓子と洋菓子の脂肪と飽和脂肪酸の違いと、洋菓子は飽和脂肪酸を多く含むことを補助カードで説明した。クリームパンやデニッシュパンを好んで購入している様子があるため、甘いものの一つとして、和菓子に興味を持ってもらえるように、本人への指導後、世話人とケアホームの近くのおいしい和菓子屋さんを探す相談をした。

4 回目は、ケアホームで調理する世話人に、調理方法や食品の選び方を中心に支援した。減塩については、減塩につながる食品の選び方として、補助カードから、魚の干物や摂取頻度の高い肉の加工品に含まれる食塩量と生の魚や肉の食塩相当量との違いを説明した。脂肪については、調理方法で使用する脂肪量が異なること、肉類より魚類のほうが飽和脂肪酸は少ないことを説明した。3 回目に世話人に相談した和菓子屋さんが見つかったようで、本人から一口サイズのまんじゅうを見せてもらった。

5 回目は、筋肉をつけながら体重増加を図りたいため、運動として、毎日午後に、生活支援員と一緒に 20 分間ウォーキングを行ない、そのあとで間食を摂ることとした。また、やせ過ぎということもあり、骨粗鬆症予防として、カルシウムとビタミン D について補助カードを使って説明し、さらにカルシウムを多く含む小松菜や青梗菜などの野菜や大豆製品、ビタミン D を多く含む魚を使った料理を紹介した。日ごろから料理が好きな世話人が多いため、栄養素の他に調理やメニューについても説明したことから、説明した課題に興味をもたれた様子だった。

6 回目は、減塩につながる食材選びとして、使用することが多いちくわやかまぼこなどの魚肉加工品に含まれる塩分を補助カードで説明した。料理に使う油の種類によって脂肪酸の割合が違うこと、飽和脂肪酸の割合が高い油について補助カードで説明し、料理によって油を使い分ける工夫を説明した。回数を重ねるごとに調理や食材選びなど世話人を対象とした支援が多くなったが、支援前には、「今日は何の話？」と聞いて下さり、支援内容に興味を持ってきていることを感じた。

<モニタリング>

1 か月後（2 月 19 日）に体重測定をしたところ 2.2kg 減少していたが、2 月上旬にインフルエンザに罹患し、その時に発熱や食欲不振があったことで体重減少したと思われる。回復してからは食欲も戻り食事は全量摂取されている。減塩については、かけ醤油は専用のティースプーンを使用する、麺類の汁は残すなど本人が意識的に減塩に取り組まれているようである。

2 ヶ月後（3 月 18 日）の体重は 42.6kg で 2 月の測定結果と比べて 0.2kg の減少と変化はみられていない。食事は毎食全量摂取され、間食も毎日摂取されている。和菓子屋さん行き店主と顔なじみになったこともあり、脂肪が多い菓子パンや洋菓子などは、購入することが少なくなっている。減塩については、かけ醤油の使い方や麺類のスープを残すことなど

継続して取り組まれている。5回目の指導後からは生活支援員と20分間ウォーキングを行っており、活動量が増えている。

<評価>

途中インフルエンザにり患したこともあり、目標とした体重増加にはつながらなかったが、インフルエンザが治ってから食事は全量摂取され、手作りのお菓子（間食）も手伝いをするなど、楽しみながら摂取している。また、ウォーキングも始め、筋力維持に取り組まれている。減塩については、麺類の汁を残す、かける醤油はかけ過ぎないようにするなど行動変容が見られ、血圧も安定されている。

<まとめ>

障害者施設に入所していた時は、食事時に様子をうかがう程度だったため、食事時以外の話をする事が出来ないままケアホームに移行され、この度の食生活・栄養支援で久しぶりに会話をする事になった。作業しているところに何度か訪問はしていたが、会う事はなかったため、少しドキドキしながらホームを訪ねた。訪ねてみると、顔と名前を覚えていて、笑顔で挨拶をしてくれた。初めのうちは少々緊張気味で言葉は少なく、「うん」とか「はい」程度だったが、少しずつ外出時の話や映画で観た「ドラえもん」の話を楽しそうに話してくれ、話の内容や話している様子からホームでの生活を楽しまれていることがわかった。また、食事の話をしてもらった最初の頃は、本人も世話人も「食事の話って何？」と感じているようだったが、健康の維持・増進には食生活習慣が重要であることが少しずつ解ってもらえたようで、本人の食事アセスメント結果を説明していく過程で、他人ではなく自分の「からだ」のことだということも本人も理解したようだった。

世話人や生活支援員と一緒にチームを組んで栄養ケアを行い支えていくこと、事例のように近所の和菓子屋に協力を得るなど地域も含めて支えていくことが大切だと感じた。そのような取り組みであったことが「自分のためだけに言ってくれている。」と感じてくださり行動変容につながったのだと思う。

しかし、行動変容は見られたものの目標とする体重増加には至っていないため、今後も支援を継続したいと考える。

社会福祉法人光輝会 障害者支援施設 隆光学園
管理栄養士 竹内 小夜子

栄養スクリーニング

記入者氏名

作成年月日 2012 年

1月 22日

氏名	(ふりがな) 22701091	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 38年 2月 1日		併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害			
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他(発育・発達の遅れ)		特記事項：腸が弱く食後すぐにトイレに行く	

栄養状態のリスクのレベル

実施日	24年 1月 22日	24年 3月 18日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	157.5 cm	157.5 cm	cm	cm
体重 (kg)	45 kg	42.6 kg	kg	kg
肥満度* []	18.1 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	17.1 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	3ヶ月に 7.1 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3ヶ月に 5.3 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 100 % } 平均 副食 100 % } 100 % 内容：普通食 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 100 % } 平均 副食 100 % } 100 % 内容：普通食 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 副食 % } % 内容： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 副食 % } % 内容： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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	
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	19~26未満	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
		身体障害	16~24.5未満	やせ 11.5~16未満 肥満 24.5~28.5未満	やせ 11.5未満 肥満 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上	
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上	
思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上		
体重変化率	変化なし (増減：3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上		
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養			
褥瘡				褥瘡	

***大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008、p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	22701091	記入者	
身体状況、栄養・食事に 関する意向	・ケアホームの生活を続けたいので、体重を増やし、体力を維持したい。 ・高血圧症を改善させたい。（家族）	家族構成と キーパーソン	本人 一世話人

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		24年1月22日（ ）	24年 2月19日（ ）	24年 3月18日（ ）
身体計測等	体重 (kg)	45.0 (kg)	42.8 (kg)	42.6 (kg)
	肥満度 ¹⁾ BMI	18.1	17.2	17.1
	3%以上の体重変化	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3.2kg/ 3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (-2.2kg/ 1ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (0.2kg/ 1ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)
	その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）	〔 血圧141/96 〕	〔 血圧130/85 〕	〔 血圧136/82 〕
食生活状況等	栄養補給の状況 ²⁾ ・主食の摂取状況 ²⁾ ・主菜の摂取状況 ²⁾ ・副菜の摂取状況 ²⁾ ・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
		[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
		[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
		[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
		[] %	[()] %	[()] %
必要栄養量 （エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 2000kcal たんぱく質 70g	たんぱく質 70g	たんぱく質 70g	
食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 〔 減塩 缶コーヒーを買い飲む 〕	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 〔 減塩 甘いものを好む 〕	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 〔 減塩 甘いものを好む 〕	
	その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）	〔 小食（沢山は食べられない） 缶コーヒー、菓子パンを購入 〕	〔 間食を摂る 菓子パンから和菓子に変わる 〕	〔 間食を摂る 和菓子を購入 〕
多職種による栄養ケアの課題	低栄養・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input checked="" type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	食後すぐにトイレに行き、毎食後に軟便がある。	2月上旬にインフルエンザに罹患	
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { BMI18.1 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { BMI17.2 体重減少 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { BMI17.1 }
	② 食生活状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	③ 食行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	④ 身体症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 降圧薬服用 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { インフルエンザによる発熱 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 降圧薬服用 }
	⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書

氏名	22701091 殿	入所日	H15 年 4 月 1 日
作成者		初回作成日	H24 年 1 月 22 日
利用者 または 家族の意向	・ケアホームの生活を続けたいので、体重を増やし、 体力を維持したい。 ・高血圧症を改善したい。	作成（変更）日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） ・エネルギー源となる栄養素のバランスをとりながら食事をしっかり摂り、 体重を増やしたい。 ・減塩習慣を身につけ、安定した血圧を維持したい。	サイン	
長期目標と期間	・筋力を維持しながら体重を増やす。（3か月で3kgの体重増加を図る） ・減塩習慣を身につける。	続柄	

短期目標と期間	栄養ケア （①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど）	担当者	頻度	期間
食事量を増やす	エネルギー2000kcal、たんぱく質70gとし、食事を提供する。 〔 食事：エネルギー1800kcal たんぱく質65g 間食：エネルギー200kcal たんぱく質5g 間食として脂肪を控えたおやつをつくる。 食事環境を整え、会話を楽しむ雰囲気をつくる。〕	世話人	毎日	3か月
筋力を維持する	20分間一緒にウォーキングをする。	世話人	毎日	3か月
調味料の量を減らす	食塩相当量8g未満とし、食事を提供する。 汁ものは量を少なめに盛り、その分だし汁を加えて提供する。 かけ醤油用にティースプーンを毎食時準備する。	生活支援員	毎日	3か月
血圧を確認する	血圧を測定する。	世話人	毎日	3か月
特記事項	一回に沢山食べることができないため、間食で栄養補給量を補う。			

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
24	1	22	かけ醤油用に専用のティースプーンを準備する。
24	1	22	汁ものの味付けを薄くする。
24	1	22	看護師が血圧測定を行い観察する。
24	2	5	おやつ（間食）の時間は本人と相談し午後と決める。
24	2	19	購入している牛乳を低脂肪乳に変える。
24	3	4	散歩道に理解のある和菓子屋を探し、本人を誘う。
24	3	5	午後3時ごろにウォーキングを20分間行い、その後、おやつを食べることにする。

食習慣指導報告書（1）回目

ID	22701091	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 22 日			
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input checked="" type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）		
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）		
帳票の 欄に 選択した 個人結果 （該当）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症				
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ				
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足					
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足					
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い					
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した 補助カードの 番号 （該当欄に 記入する）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input checked="" type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	
	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
	個人結果 活用内容 と 着眼点	・一般基本編の信号の色で結果の説明をする。 ・高血圧症の既往があるため、高血圧症について結果票を使って説明する。 ・食塩摂取量が多いこと、調味料から多く摂っていることを説明する。 ・BMIが18.1と低くやせ気味であることを説明し、食事の摂取状況を確認する。 ・脂肪の摂り方、飽和脂肪酸の摂り方が多く、菓子からの摂取が多いことを説明する。							
補助カードの 活用内容 と 着眼点		・痩せているため、体重増加に向けて増やしたい体重、期間、1日あたりに追加すべき摂取エネルギー量を計画する。 ・麺類のスープや汁の食塩量について、スープを残すことで食塩量が少なくなることを知る。 ・使用頻度が高いハム類に含まれる脂肪の量を知る。 ・洋菓子に含まれる脂肪の量を知る。							

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容	現在摂取している食事量について、多いか少ないかを聞いて食事で量を増やしていけるか本人の意見を聞く。																																																																																																																								
前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																						
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
指導内容の理解度を確認する <table border="0"> <tr> <td>対象者本人の理解度</td> <td>本人以外の理解度</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>				対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input checked="" type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	その他の意見 入所施設で生活していた時から摂取を勧めても「お腹いっぱい。」と少食だった。 消化器が弱いようで、食後すぐにトイレに行くことが多く。一度にたくさん食べられないようだ。																																																																																																									
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

食習慣指導報告書（2）回目

ID	22701091	指導期間	<input type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 5 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（分）							
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）							
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input checked="" type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容と着眼点								
補助カードの活用内容と着眼点	<ul style="list-style-type: none"> ・サラダなどにかけるマヨネーズやドレッシング、ノンオイルドレッシングの食塩量の違いを知る。（マヨネーズはエネルギーは高いが食塩量は少なく、ノンオイルドレッシングはエネルギーは控えめだが食塩量が多い） ・麺類の汁やスープを飲む量で食塩量が違うことを知ってもらう。 ・関東と関西の食塩量の違いをきつねうどんの食塩量で説明する。 							

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容	・菓子をいつ食べるか相談する。 テレビを観たあとの寝る前から午後3時に変更する。																																																																																																																															
前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																													
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input checked="" type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input checked="" type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input checked="" type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																												
対象者本人の理解度		本人以外の理解度		外出した時の昼食のメニューを聞くとチャンポン麺と答えるため「スープは飲んだ？」と尋ねると「全部飲んでない。」と1回目の指導内容を理解し行動していることがわかった。 帰りに何か買ったか尋ねると「クッキー」と言ってみせてくれた。近隣施設のバザーで購入した小さなクッキーだった。																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																															

食 習 慣 指 導 報 告 書（ 3 ） 回 目

ID	22701091	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 19 日																																																																																																																										
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他(分)																																																																																																																															
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他(世話人)																																																																																																																															
帳票の名称(該当欄に☑を入れる) 選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
	(該当欄に☑を入れる) 選択した補助カードの番号	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input checked="" type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑧	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④			
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input checked="" type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
個人結果帳票の 活用内容と 着眼点																																																																																																																																
補助カードの 活用内容と 着眼点	<ul style="list-style-type: none"> ・パンや麺類を好んで食べていることから、それらに含まれる食塩量について説明する。 ・脂肪摂取量が多いため、摂取頻度、何から脂肪を摂っているかから普通牛乳と低脂肪乳の脂肪量の違いを説明し、低脂肪乳に変えることを提案する。 ・洋菓子の摂取が多く、飽和脂肪酸の摂取が多いため和菓子と洋菓子の脂質について違いを説明する。 																																																																																																																															

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容																	
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰
	<input checked="" type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 4-⑩
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩
	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 8-⑯	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 9-⑨	<input type="checkbox"/> 9-⑩
	<input type="checkbox"/> 9-⑩	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input checked="" type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 11-⑦
	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④	<input type="checkbox"/> 12-⑤	<input type="checkbox"/> 12-⑥	<input type="checkbox"/> 12-⑦	<input type="checkbox"/> 12-⑧	<input type="checkbox"/> 12-⑨	<input type="checkbox"/> 12-⑩
	<input type="checkbox"/> 12-⑩	<input type="checkbox"/> 12-⑪	<input type="checkbox"/> 12-⑫	<input type="checkbox"/> 12-⑬	<input type="checkbox"/> 12-⑭	<input type="checkbox"/> 12-⑮	<input type="checkbox"/> 12-⑯	<input type="checkbox"/> 12-⑰	<input type="checkbox"/> 12-⑱	<input type="checkbox"/> 12-⑲	<input type="checkbox"/> 12-⑳	<input type="checkbox"/> 12-㉑	<input type="checkbox"/> 12-㉒	<input type="checkbox"/> 12-㉓	<input type="checkbox"/> 12-㉔	<input type="checkbox"/> 12-㉕	<input type="checkbox"/> 12-㉖
指導内容の理解度を確認する								その他の意見									
対象者本人の理解度				本人以外の理解度				訪問すると一番最初に「スープは全部飲まない。」と笑顔で言ってくれる。指導内容を理解している。									
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している				<input checked="" type="checkbox"/> 理解している													
<input type="checkbox"/> 少し理解している				<input type="checkbox"/> 少し理解している													
<input type="checkbox"/> わからない				<input type="checkbox"/> わからない													
<input type="checkbox"/> あまり理解していない				<input type="checkbox"/> あまり理解していない													
<input type="checkbox"/> 理解していない				<input type="checkbox"/> 理解していない													

食習慣指導報告書（４）回目

ID	2271091	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 4 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（ 分 ）							
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）							
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input checked="" type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容と着眼点								
補助カードの活用内容と着眼点	ケアホームで調理する世話人に調理方法や食材について説明をする。 ・減塩につながる食材の選び方について、干物や摂取頻度の高い肉の加工品に含まれる食塩量を説明する。 ・脂肪を減らす方法として、調理方法により脂肪量を少なくすることができることを説明する。 ・肉類より魚類のほうが飽和脂肪酸が少ないことを説明する。							

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table style="width:100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input checked="" type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑧	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input checked="" type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; background-color: #cccccc;">指導内容の理解度を確認する</th> </tr> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>	指導内容の理解度を確認する		対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <th style="text-align: left; background-color: #cccccc;">その他の意見</th> </tr> <tr> <td> 外出で一口サイズのまんじゅうを購入され訪問時テーブルの上ののせて見せてくれる。 </td> </tr> </table>	その他の意見	外出で一口サイズのまんじゅうを購入され訪問時テーブルの上ののせて見せてくれる。																																																																																																								
指導内容の理解度を確認する																																																																																																																									
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								
その他の意見																																																																																																																									
外出で一口サイズのまんじゅうを購入され訪問時テーブルの上ののせて見せてくれる。																																																																																																																									

食 習 慣 指 導 報 告 書（ 5 ） 回 目

ID	22701091	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 18 日			
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)		
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他(世話人)		
帳票の名称(該当個人結果欄)に☑を入れる	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症						
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ						
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足							
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い								
(該当欄に☑を入れる) 選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑮		
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
	個人結果帳票の活用内容と着眼点								
		補助カードの活用内容と着眼点	・食塩について 和菓子と洋菓子の食塩量を比較して説明する。						

個人補助カード以外 の結果帳票と	やせ過ぎからくる骨粗鬆症予防として、カルシウムを多く含む豆腐や厚揚げ、がんもなどの大豆製品や小松菜、青梗菜などの野菜料理を提案する。さらに筋力を維持するために運動としてウォーキングを勧める。								
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨
	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰	<input type="checkbox"/> 1-⑱
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②
	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 4-⑩	<input type="checkbox"/> 4-⑪
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-⑩	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧
	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤
	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭
	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 7-⑲	<input type="checkbox"/> 7-⑳	<input type="checkbox"/> 7-㉑	<input type="checkbox"/> 7-㉒	<input type="checkbox"/> 7-㉓
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨
	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 8-⑯	<input type="checkbox"/> 8-⑰	<input type="checkbox"/> 8-⑱
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input checked="" type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 9-⑨
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨
	<input type="checkbox"/> 10-⑩	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 11-⑦	<input type="checkbox"/> 11-⑧
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
指導内容の理解度を確認する 対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない					本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない				
その他の意見 ケアホームでの生活でいろんな社会経験を積みながら元気に楽しく過ごしていただけるように支援を続けていきたいと思えます。									

食習慣指導報告書（6）回目

ID	22701091	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 27 日				
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）			
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）			
帳票の名称（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症						
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ						
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足						
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足						
	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い						
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い								
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧		
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯		
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①		
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨		
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧		
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦		
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③		
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪		
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱			
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧		
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮			
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧		
	<input checked="" type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧		
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥			
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④						
	個人結果帳票の活用内容と着眼点									
補助カードの活用内容と着眼点	<p>・塩分について 料理でちくわやかまぼこなどの加工品を使うことが多いため、魚の加工品に含まれる塩分を知ってもらう。</p> <p>・油の使い分けについて 料理に使われている油の種類によって脂肪酸の割合が違うこと、飽和脂肪酸の割合が高い油について説明し、料理によって使い分ける工夫を勧める。</p>									

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容																																																																																																																	
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																														
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④
指導内容の理解度を確認する														その他の意見																																																																																																			
対象者本人の理解度							本人以外の理解度							ケアホームのメンバーとの外出やヘルパーとの外出、一人の外出などいろんな経験をすることで表情や会話が変化してきていることが感じられる。今後も支援を継続したい。																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している							<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 少し理解している							<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																										
<input type="checkbox"/> わからない							<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																										
<input type="checkbox"/> あまり理解していない							<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 理解していない							<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																										

<事例紹介 3>

年齢：37歳	性別：男性	障害程度区分：区分3
身長：170.0cm	体重：72.2kg	BMI：25.0
主障害：知的障害	主障害の原因疾患：自閉症	
併存症：なし		

<栄養スクリーニング>

食事は毎食全量摂取され、体重は70kg前後で変動なく経過している。体重増加しているが、年末年始の帰省時にたくさん餅を食べて帰ってきたが、その後は普段どおりの食事摂取量であると世話人が話しており、一時的な体重増加と考え、栄養状態のリスクは低リスクと判定する。

<栄養アセスメント>

平日は、自宅より500mの所にある食堂にて皿洗いや調理の仕事に従事している。食事は朝夕食をグループホームで、昼食は職場で弁当を食べている。几帳面な性格で一日の出来事をワープロで記録している。土曜・日曜・祝日の休日である。土曜日の朝には近くの店へ行き、カップ麺、パン、缶コーヒーを買って来て、朝食後に食べている。日曜日は外出支援を受けて地域へ出かけることが多い。

グループホーム内での食事は全量摂取である。一日の食塩摂取量が15.9gと摂取過剰であり、カップ麺を食べること、食事の際にはかける調味料を多めに使うことが習慣となっている。

同じグループホーム内に失便をする利用者がいるため牛乳の提供を週に2～3回に控えている。骨ごと食べる魚を食べる回数も少なく、ワーファリンを服薬している利用者があるため納豆も食べていない。そのため、BDHQ（簡易型自記式食事歴法質問票）の結果ではカルシウムの摂取量がおよそ640mgで黄色信号であった。食物繊維も全体的に摂取量が少なく、15gで黄色信号であった。

家族より、勤務先が近くなったことから運動量が減ったのかぼっちゃりしてきたと、体重増加を心配して体重を増やさないようにとの要望があった。正月の帰省でさらに体重が増加してBMI25となり、これ以上増加しないように体重測定を継続して行うこととした。

<栄養ケア計画>

利用者または家族の意向は適正体重を維持して健康に暮らしたいであった。解決すべき課題は、適正体重の維持、食塩の摂取過剰の改善、カルシウムと食物繊維の摂取量の増加である。長期目標は体重増加を防ぎ、食塩の摂取量を減らし、カルシウムと食物繊維の摂

取量を増やす食事改善を行うこととした。短期目標について、体重は、グループホームでの食事内容を検討し、必要なエネルギー量の食事を摂取して体重の増減を確認すること。食塩摂取量は、14g 以内に減らすことを目標に、麺類を食べる回数を減らし、麺類の汁を全部飲まないことや食卓でかける調味料の使い方を工夫して食塩の摂取量を減らすこと。カルシウムの摂取量を増やすために、カルシウムを多く含んでいる食品の中で現在食べる回数が少ない食品を中心に増やしていくこと。食物繊維の摂取量を増やすために大豆や緑の濃い葉野菜などをしっかり取るように食事内容を見直していくこと。これらのことを 3 か月間、世話人、支援員、管理栄養士で継続して支援していくこととした。

<食事習慣指導内容>

指導は、本人を中心に世話人にも行い、支援員には相談役として付き添ってもらった。

食塩の摂取量を減らすために、土曜日の買い物の内容を変更しようとの声かけに初めは拒否されていたが、2 回目の指導までには麺とパンから弁当に代わっていた。また、カップ麺の汁を残してごちそうさまをするシートを作成し示したところ、外出先で食べたラーメンの汁を半分残していたという報告を受けた。

次に食卓で使うかける調味料を減らすために、本人がかけるとたつぷりを使ってしまうとのことだったため、しょうゆ差しの空気穴を塞いで振りかける方法を紹介したところ、振りかける方法を行ってみたいと希望があった。しかし、職員間で相談したところ、食卓にかける調味料を置かずに世話人がかけることから始めることとなった。

食行動の改善として、しっかり噛んで食事をすることに取り組んだ。節分の後でもあり電子レンジで炒り大豆を作って持参し、一粒を 30 回噛んで食べた。噛むことを意識してもらうために回数を数えたり豆が細かくなっていったりする様子を話した。よく噛んで食べましょうという文字に炒り豆の写真を付けたシートを作成して渡したところ、食卓の見やすい場所に貼り、意識できるよう配慮されていた。

カルシウムの摂取量を増やすために、スキムミルクの利用の仕方や骨ごと食べる魚を勧めた。牛乳の提供は週に 2~3 回であるが、牛乳以外の食品からもカルシウムを摂取できることを説明した。

食物繊維の摂取量を増やすために、個人結果帳票を使い、どの食品からの食物繊維の摂取が少ないかを確認し、大豆製品や野菜の選び方を話した。

<モニタリング>

3 ヶ月後、身長 170.0cm、体重 69.2kg、BMI24.0 である。体重変化率は 3 か月で -3.0kg (4.2%減) であり、年末年始帰省の影響はあったが、3 か月前と比較すると減少率は高く、通常体重 (70kg) に近い値となった。食事は全量摂取されている。それらのことから、栄養状態のリスクは低リスクと判定した。

食塩摂取量は減っている。カップ麺をやめて弁当を買うようになったこと。特に、食卓

のかける調味料は必要な時に世話人がかけるようにしたことで、現在は、味をみてからかけるようになり、かける回数が減り、かける量も減っている。

早食いについては、なかなか改善されないが、世話人が注意を呼びかけるシートを目に付くところに貼り、しっかり噛んで食事をするよう頻繁に言葉かけを行っている。

<評価>

週1回必ず食べていたカップ麺をやめたことは継続できている。

カルシウムや食物繊維の摂取量を増やすために、大豆や緑の濃い野菜を利用するようになったこと。

<まとめ>

今回の介入では食塩の摂取量を減らすという目標については、カップ麺を買わないという行動変容ができた。また、かける調味料の回数や量を減らすことができた。食習慣指導によって本人に意識づけができたこともあるが、世話人が繰り返し毎日声をかける効果は大きいと思われた。世話人からグループホームの状況説明を受けた時、朝食後にカップ麺を食べることで食塩摂取量が多くなっていることを訴えられ、食習慣指導をきっかけに変わることができたのはよかったと話されたのがとても印象深かった。

世話人は生活習慣病の予防だけでなく、疾患を持つ利用者の食事支援も行うため、病態に応じた食事の知識も必要である。地域で生活する利用者への食生活・栄養支援とともに世話人への支援も必要だと考える。

社会福祉法人 旭川荘
管理栄養士 山口 倫子

栄養スクリーニング

記入者氏名 山口 倫子 作成年月日 24 年 1 月 20 日

氏名	(ふりがな) 23306071	■男 □女	障害程度区分 □1 □2 ■3 □4 □5 □6
生年月日	□大正 ■昭和 50 年 5 月 4 日		併存症 □ 糖尿病 □ 腎疾患 □ 脂質異常症 □ 高血圧 □ その他()
主障害	■ 知的障害 □ 身体障害		
主障害の原因疾患	□ ダウン症候群 □ 脳性まひ □ てんかん □ 頸椎損傷 □ 脳血管疾患 ■ その他(自閉症)		特記事項

栄養状態のリスクのレベル

実施日	24 年 1 月 20 日	24 年 3 月 27 日	年 月 日	年 月
リスク	■ 低 □ 中 □ 高	■ 低 □ 中 □ 高	□ 低 □ 中 □ 高	□ 低 □ 中 □ 高
身長 (cm)	170.0 cm	170.0 cm	cm	cm
体重 (kg)	72.2 kg	69.2 kg	kg	kg
肥満度* [BMI]	25.0 ■ 低 □ 中 □ 高	24.0 ■ 低 □ 中 □ 高	□ 低 □ 中 □ 高	□ 低 □ 中 □ 高
重変化率 (%)	1 ヶ月に 1.2 % ■ 増 □ 減 ■ 低 □ 中 □ 高	3 ヶ月に 4.2 % □ 増 ■ 減 ■ 低 □ 中 □ 高	ヶ月に % □ 増 □ 減 □ 低 □ 中 □ 高	ヶ月に % □ 増 □ 減 □ 低 □ 中 □ 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	g/dl (/) □ 低 □ 中 □ 高	g/dl (/) □ 低 □ 中 □ 高	g/dl (/) □ 低 □ 中 □ 高	g/dl (/) □ 低 □ 中 □ 高
食事摂取量	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容: ■ 低 □ 中 □ 高	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容: ■ 低 □ 中 □ 高	主食 } 平均 % 副食 } 内容: □ 低 □ 中 □ 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: □ 低 □ 中 □ 高
栄養補給法	□ 経腸栄養 □ 静脈栄養 □ 中 □ 高	□ 経腸栄養 □ 静脈栄養 □ 中 □ 高	□ 経腸栄養 □ 静脈栄養 □ 中 □ 高	□ 経腸栄養 □ 静脈栄養 □ 中 □ 高
褥瘡	□ 褥瘡 □ 高	□ 褥瘡 □ 高	□ 褥瘡 □ 高	□ 褥瘡 □ 高

*肥満度を判定した指標を入れる **検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○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、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害 19~26未満 身体障害 16~24.5未満	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
	思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
体重変化率	変化なし (増減: 3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上	
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養		
褥瘡			褥瘡	

***大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174 から算出。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	23306071	記入者	山口 倫子
身体状況、栄養・食事に 関する意向	最近太ってきたようなので適正体重を維持して健康に暮らしてほしい。（家族）	家族構成と キーパーソン	本人 一世話人

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		23年1月20日（ ）	24年2月11日（ ）	24年3月27日（ ）
身 体 計 測 等	体重 (kg)	72.2 (kg)	70.5 (kg)	69.8 (kg)
	肥満度 ¹⁾	25.0	24.4	24.4
	3%以上の体重変化	■無 □有 (kg/ ヶ月)	■無 □有 (-1.7kg/ 1ヶ月)	■無 □有 (kg/ ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）		()	()	()
食 生 活 状 況 等	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 100%	[1] 100%	[1] 100%
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 100%	[1] 100%	[1] 100%
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100%	[1] 100%	[1] 100%
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100%	[1] 100%	[1] 100%
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	() %	() %	() %
必要栄養量 （エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 2100kcal たんぱく質 75.0g	エネルギー 2100kcal たんぱく質 75.0g	エネルギー 2100kcal たんぱく質 75.0g	
食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	■無 □有 { なし }	■無 □有 { なし }	■無 □有 { なし }	
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・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	()	()	()
問 題 点	① 身体計測等	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
	② 食生活状況等	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
	③ 食行動	□無 ■有 { 早食い }	□無 ■有 { 早食い }	□無 ■有 { 早食い }
	④ 身体症状	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
	⑤ その他	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
評価・判定		□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

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書

氏名	233306071 殿	入所日	H17 年 4 月 1 日		
作成者	山口 倫子	初回作成日	H24 年 1 月 20 日		
利用者 または 家族の意向	最近太ってきたので適正体重を維持して健康に暮らしてほしい。(家族)	作成(変更)日	年 月 日		
		説明と同意日	H24 年 1 月 20 日		
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養状態のリスク (<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高) ・適正体重を維持する。 ・栄養素の過不足を改善していきたい。			サイン	
長期目標と期間	・体重を維持していく。 ・減塩とカルシウムや食物繊維の摂取量を増やすことで健康を維持する。			続柄	
短期目標と期間	栄養ケア (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)	担当者	頻度	期間	
・適正体重に戻す	・体重測定を継続して行う。	世話人 支援主幹	1回/月	3か月	
・食塩の摂取量を減らす	・麺類以外の外食や買い物を勧めていく。	世話人 支援主幹 管理栄養士	随時	3か月	
・カルシウムの摂取量を増やす	・食卓での調味料の使用量を減らす。	世話人 支援主幹 管理栄養士	毎日	3か月	
・食物繊維の摂取量を増やす	・カルシウムの多い食品を食事に取り入れる。(牛乳・乳製品、大豆、小魚等摂取が不足しているものを中心に増やす)	世話人 支援主幹 管理栄養士	毎日	3か月	
	・食物繊維の多い食品を食事に取り入れる。	世話人 支援主幹 管理栄養士	毎日	3か月	
特記事項					

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
24	1	20	カップめんを食べる回数を減らし、汁を残すことを提案した。しょうゆさしの使い方を提案。
	1	31	朝食の改善のため炒り大豆を使って「噛む」ことを意識してもらう。 ゆっくりよく噛んで食べる習慣をつける。
			おしょうゆやソースは味見をして、足りなかったらかける。かける時には少しずつかけることを提案。 大豆を丸ごと使うことで他の大豆製品よりも食物繊維を多く摂取できることを示す。
	2	11	牛乳の代わりにカルシウムを多く含むスキムミルクの利用を勧めた。 骨ごと食べる魚は塩分を多く含んでいるが、適度に利用することでカルシウムを摂取することができるため、利用を勧めた。
	3	2	食事をバランスよく摂取するため、食事バランスガイドの主食・主菜・副菜・汁もの・牛乳・乳製品・くだものの区分を知らせる。
	3	14	食事バランスガイドを使ってバランスの良い食事を示す。 牛乳・乳製品と果物の利用が少ないので、回数を増やすように勧める。
	3	27	実物の夕食を使って食事の量と区分の確認を行った。 減塩、カルシウムを多く含む食品の摂取を増やす」「食物繊維を多く含む食品の摂取量を増やす。 果物を食べる回数を増やす

食習慣指導報告書（1）回目

ID	23306071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 20 日																																																																																																																								
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input checked="" type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（ 分 ）																																																																																																																													
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）																																																																																																																													
選択した個人結果	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input checked="" type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input checked="" type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																													
選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																											
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<p>・一般基本編と食事バランスガイドシート編で食事アセスメント結果の全体を説明する。 ・食塩摂取量が赤信号（15.9g）で、食事の時にしょうゆやソースを必ずやや多めの量使っているため、個人結果帳票（食塩摂取量が多い、高血圧症）を使用し指導する。</p>																																																																																																																													
補助カードの活用内容と着眼点	<p>8-⑥・⑦ 毎週土曜日にカップ麺を買って摂取しているため、汁を飲む量で食塩量が違うこと、汁を残すと食塩量を減らせることを理解する。</p> <p>8-① しょうゆやソースには食塩が含まれることを知る。さらに使用量を減らすと食塩摂取量を減らすことができることを知る。</p>																																																																																																																													

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容	食事アセスメントでカルシウムの摂取量も少なかったことから、カップ麺を食べる時にカリウムを多く含む野菜と果物、摂取頻度が低い牛乳を摂取することを提案し、食べ物をイメージしやすいように食品を写真にしたオリジナルカードを使用し説明した。																																																																																																																															
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																													
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																												
対象者本人の理解度		本人以外の理解度		分かりやすくするために補助カードとオリジナルカードを使用した。																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																															
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																															

食習慣指導報告書（2）回目

ID	23306071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成	24年	1月	31日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input checked="" type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（分）		
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（ <small>世話人 さび管</small> ）		
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い								
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input checked="" type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input checked="" type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④								
個人結果帳票の活用内容	一般基本編の信号の色で食物繊維が不足していることを示し、食物繊維について説明する。継続として食塩の摂り過ぎについて説明する。								
補助カードの活用内容	6-⑤ 大豆は丸ごと食べると食物繊維を多く摂取できることを理解する。 8-① 1回に使うしょうゆの量を減らすことで食塩摂取量を減らせることを知る。味を見てからかけることとし、しょうゆさしを使うことを提案する。								

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容	<p>・電子レンジで炒り大豆と一緒に作り食べてみる。 ゆっくり良く噛んで食べることで食べ物の味が感じられ、薄味でも食べられることを知る。</p>							
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input checked="" type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い		<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い			
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	
	<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
指導内容の理解度を確認する					その他の意見			
対象者本人の理解度		本人以外の理解度			醤油さしは使ってみたいと希望がある。			
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している		<input checked="" type="checkbox"/> 理解している						
<input type="checkbox"/> 少し理解している		<input type="checkbox"/> 少し理解している						
<input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> わからない						
<input type="checkbox"/> あまり理解していない		<input type="checkbox"/> あまり理解していない						
<input type="checkbox"/> 理解していない		<input type="checkbox"/> 理解していない						

食習慣指導報告書（3）回目

ID	23306071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成	24年	2月	11日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input checked="" type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（分）		
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）		
帳票の名称（該当個人結果欄に☑を入れる）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症						
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input checked="" type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足						
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足						
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い						
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
補助カードの活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 2-①	<input checked="" type="checkbox"/> 3-①	<input checked="" type="checkbox"/> 3-②	<input checked="" type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input checked="" type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
	<p>一般基本編を振り返り、カルシウムが不足していることを確認、どの食品からのカルシウム摂取が少ないかを知る。</p> <p>3-①・②・③ グループホームでは、牛乳を飲むと便が柔らかくなる入居者がいるため、全員に提供していない。そのため、牛乳以外の食品でカルシウムを補えるように指導する。また、スキムミルクはカルシウムを多く含み、1人分だけ溶かして摂取することが可能であるため、スキムミルクの使用を提案する。</p> <p>3-⑤骨に関係するビタミンDは魚に多く含まれることを理解する。さらに多く含む魚についてカードで説明し、献立に取り入れてもらう。</p>								

個人補助カード以外の結果帳票と	スキムミルクの使い方、溶かし方を指導する。																																																																																																																																			
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																									
	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																											
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																	
指導内容の理解度を確認する						その他の意見																																																																																																																														
対象者本人の理解度			本人以外の理解度			サービス管理者と法人内の他グループホームの世話人が相談し、しょうゆは世話人がかけることに決めたと報告がある。																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 理解している			<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している			<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> わからない			<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> あまり理解していない			<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 理解していない			<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																																	

食習慣指導報告書（４）回目

ID	23306071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成	24年	3	2日																																																																																																																																																						
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input checked="" type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（分）																																																																																																																																																														
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）																																																																																																																																																														
帳票の名称（該当個人結果欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）			<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編			<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																																																								
	<input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症			<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折			<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																																																								
（該当欄に☑を入れる）	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ			<input type="checkbox"/> カルシウム不足			<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足			<input type="checkbox"/> 食物繊維不足			<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																																																								
（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い			<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い			<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																																																								
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い			<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																																																											
選択した補助カードの番号	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑱</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑲</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑳</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑬</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑩</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td><td><input type="checkbox"/> 7-④</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑲</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑳</td><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑱</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑲</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑳</td><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑭</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 10-①</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑩</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td><input type="checkbox"/> 12-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 12-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 12-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 12-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 12-⑨</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰	<input type="checkbox"/> 1-⑱	<input type="checkbox"/> 1-⑲	<input type="checkbox"/> 1-⑳	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 4-⑩	<input type="checkbox"/> 4-⑪	<input type="checkbox"/> 4-⑫	<input type="checkbox"/> 4-⑬	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 5-⑩	<input type="checkbox"/> 5-⑪	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 6-⑬	<input type="checkbox"/> 6-⑭	<input type="checkbox"/> 6-⑮	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 7-⑲	<input type="checkbox"/> 7-⑳	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 8-⑯	<input type="checkbox"/> 8-⑰	<input type="checkbox"/> 8-⑱	<input type="checkbox"/> 8-⑲	<input type="checkbox"/> 8-⑳	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 9-⑨	<input type="checkbox"/> 9-⑩	<input type="checkbox"/> 9-⑪	<input type="checkbox"/> 9-⑫	<input type="checkbox"/> 9-⑬	<input type="checkbox"/> 9-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 10-①	<input checked="" type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 10-⑩	<input type="checkbox"/> 10-⑪	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 11-⑦	<input type="checkbox"/> 11-⑧	<input type="checkbox"/> 11-⑨	<input type="checkbox"/> 10-⑩	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④	<input type="checkbox"/> 12-⑤	<input type="checkbox"/> 12-⑥	<input type="checkbox"/> 12-⑦	<input type="checkbox"/> 12-⑧	<input type="checkbox"/> 12-⑨
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰	<input type="checkbox"/> 1-⑱	<input type="checkbox"/> 1-⑲	<input type="checkbox"/> 1-⑳																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 4-⑩	<input type="checkbox"/> 4-⑪	<input type="checkbox"/> 4-⑫	<input type="checkbox"/> 4-⑬																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 5-⑩																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 5-⑪	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 6-⑬	<input type="checkbox"/> 6-⑭	<input type="checkbox"/> 6-⑮	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 7-⑲	<input type="checkbox"/> 7-⑳	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 8-⑯	<input type="checkbox"/> 8-⑰	<input type="checkbox"/> 8-⑱	<input type="checkbox"/> 8-⑲	<input type="checkbox"/> 8-⑳	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 9-⑨	<input type="checkbox"/> 9-⑩	<input type="checkbox"/> 9-⑪	<input type="checkbox"/> 9-⑫	<input type="checkbox"/> 9-⑬	<input type="checkbox"/> 9-⑭																																																																																																																																																						
<input checked="" type="checkbox"/> 10-①	<input checked="" type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 10-⑩																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 10-⑪	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 11-⑦	<input type="checkbox"/> 11-⑧	<input type="checkbox"/> 11-⑨																																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 10-⑩	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④	<input type="checkbox"/> 12-⑤	<input type="checkbox"/> 12-⑥	<input type="checkbox"/> 12-⑦	<input type="checkbox"/> 12-⑧	<input type="checkbox"/> 12-⑨																																																																																																																																																						
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<p>体重が増加傾向であるため、太りすぎ・やせすぎの個人結果帳票のワンポイントアドバイスを使い、体重と食べる量との関係を理解する。合わせて脂質異常症の個人結果帳票で脂肪の摂り方は良いことを知る。</p>																																																																																																																																																														
補助カードの活用内容と着眼点	<p>脂肪の摂取状況を個人結果帳票で説明後、飽和脂肪酸について調理の参考として説明をする。油によって脂肪酸の割合が違うこと、肉の種類によって脂質と飽和脂肪酸の量が違うこと、魚の種類によって脂肪酸の割合が違うことを説明する。</p>																																																																																																																																																														

<p>個人補助カード以外の結果帳票と</p>	<p>休みの日の昼食は本人が勤務先の売店で購入したものを食べたり外食をすること、土日の夕食は自由献立として世話人が献立を立案するため、食事バランスガイドを使って主食・主菜・副菜・果物・牛乳乳製品の区別を示した。食事バランスガイドの媒体(料理カード)を使って献立の考え方を指導した。</p>																																																																																																																															
<p>前回の指導内容の確認(項目の該当欄に☑を入れる)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input checked="" type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input checked="" type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
<p>前回の指導内容の確認(該当欄に☑を入れる)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 3-①</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 3-②</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input checked="" type="checkbox"/> 3-①	<input checked="" type="checkbox"/> 3-②	<input checked="" type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input checked="" type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input checked="" type="checkbox"/> 3-①	<input checked="" type="checkbox"/> 3-②	<input checked="" type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input checked="" type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
<p>指導内容の理解度を確認する</p>				<p>その他の意見</p>																																																																																																																												
<p>対象者本人の理解度</p>		<p>本人以外の理解度</p>		<p>スキムミルクは世話人間の話し合いができていないため実行されていない。</p>																																																																																																																												
<p><input type="checkbox"/> 理解している</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</p>																																																																																																																														
<p><input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している</p>		<p><input type="checkbox"/> 少し理解している</p>																																																																																																																														
<p><input type="checkbox"/> わからない</p>		<p><input type="checkbox"/> わからない</p>																																																																																																																														
<p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p>		<p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p>																																																																																																																														
<p><input type="checkbox"/> 理解していない</p>		<p><input type="checkbox"/> 理解していない</p>																																																																																																																														

食習慣指導報告書（5）回目

ID	23306071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成	24年	3月	14日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input checked="" type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（分）								
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）								
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い								
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input checked="" type="checkbox"/> 3-② <input checked="" type="checkbox"/> 3-③ <input checked="" type="checkbox"/> 3-④ <input checked="" type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input checked="" type="checkbox"/> 5-① <input checked="" type="checkbox"/> 5-② <input checked="" type="checkbox"/> 5-③ <input checked="" type="checkbox"/> 5-④ <input checked="" type="checkbox"/> 5-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 5-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 5-⑦ <input checked="" type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④								
個人結果帳票の着眼点	カルシウムを多く含む食品を理解して利用できるか確認し指導する。カルシウムの摂取不足が関係する骨粗鬆症について説明し、カルシウムの摂取状況を再度確認する。								
補助カードの着眼点	スキムミルクの利用や牛乳・乳製品を増やすことができていないため、牛乳・乳製品以外の食品からカルシウムを摂ることを指導する。								

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容	食事バランスガイドを使って主食・主菜・副菜の摂り方を指導する。好き嫌いがなく、料理の名前は分かることから、組み合わせを再度指導する。とくに摂取していない牛乳・乳製品、果物も大事であることを指導する。								
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨
	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰	<input type="checkbox"/> 1-⑱
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②
	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 4-⑩	<input type="checkbox"/> 4-⑪
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-⑩	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧
	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤
	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨
	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③
	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 9-⑨	<input type="checkbox"/> 9-⑩	<input type="checkbox"/> 9-⑪	<input type="checkbox"/> 9-⑫
	<input checked="" type="checkbox"/> 10-①	<input checked="" type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨
	<input type="checkbox"/> 10-⑩	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 11-⑦	<input type="checkbox"/> 11-⑧
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
指導内容の理解度を確認する					その他の意見				
対象者本人の理解度		本人以外の理解度			大豆製品が好まれるため利用が多いことからカルシウムを多く含むことに世話人はほっとしているようだった。				
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している								
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない								

食習慣指導報告書（6）回目

ID	233060701	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成	24年	3月	27日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input checked="" type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他(分)								
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()								
選択した個人結果	帳票の名称(該当欄に☑を入れる) <input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い								
選択した補助カードの番号	(該当欄に☑を入れる) <input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④								
個人結果帳票の着眼点	これまでの指導内容の確認を行う。								
補助カードの着眼点									

個人補助カード以外の結果帳票と	実際の夕食で指導内容を確認する。																					
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input checked="" type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い					
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰					
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input checked="" type="checkbox"/> 3-②	<input checked="" type="checkbox"/> 3-③	<input checked="" type="checkbox"/> 3-④	<input checked="" type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 4-⑩					
	<input checked="" type="checkbox"/> 5-①	<input checked="" type="checkbox"/> 5-②	<input checked="" type="checkbox"/> 5-③	<input checked="" type="checkbox"/> 5-④	<input checked="" type="checkbox"/> 5-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 5-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 5-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧					
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫					
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②					
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨					
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③					
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																		
指導内容の理解度を確認する										その他の意見												
対象者本人の理解度					本人以外の理解度					効果があったこととして、カップ麺を食べる回数が減り、かけしょうゆの量を世話人が調節するので、全体的に減塩ができた。また、夕食の盛り付け量を確認できたことで、本人の量が足りないのではと心配していたが適当であったことで安心できた。												
<input type="checkbox"/> 理解している					<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																	
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している					<input type="checkbox"/> 少し理解している																	
<input type="checkbox"/> わからない					<input type="checkbox"/> わからない																	
<input type="checkbox"/> あまり理解していない					<input type="checkbox"/> あまり理解していない																	
<input type="checkbox"/> 理解していない					<input type="checkbox"/> 理解していない																	

<事例紹介 4>

年齢：43 歳	性別：男性	身長：154.5cm	体重：63.0kg	BMI：26.4
障害程度区分：区分 3		主障害：知的障害		
主障害の原因障害：適応障害		併存症：なし		

<栄養スクリーニング>

BMI26.4、体重変化率は3ヶ月で1.6%増、食事は経口摂取で量はほぼ100%摂取、褥瘡はない等により栄養状態のリスクレベルを中リスクと判断した。

<栄養アセスメント>

提供された食事は全量摂取している。好き嫌いはなく、何でも食べられる。お菓子やお酒を好み、食べ方は早い。口腔衛生が不十分である。施設入所からグループホームへ移り、自由時間の増加と行動範囲の減少がみられる。そのため、体重増加につながったと推測される。本人も体重を気にしているが、「皆と同じように食べたい」意向もあり、ひとりだけ食事を変えることは困難であると判断した。

毎朝起床後、テレビ体操を実施（6：25～6：35）している。朝食後、8：00に送迎バスにて作業所へ出勤している。8：30～11：45 馬鈴薯皮むき作業に携わっており、途中10：00に休憩がある。12：00～13：00に昼食・休憩をとる。平日は母体施設より昼食の提供があり、土・祝日の作業時はホームより弁当等の提供がある。昼休みに園舎周りのウォーキングを15分程度行っている。13：00～16：30に同じ作業（馬鈴薯皮むき作業）に携わり、途中15：00に休憩がある。17：00に送迎バスにて退勤する。18：00からはホームで食事、入浴の後、部屋でテレビを見て過ごしている。休日は、月に1度買い物のため徒歩で10分程度のスーパーに買い物に行くが、ほとんど部屋でテレビを見たりしながら過ごすことが多い。

<栄養ケア計画>

利用者または家族の意向は、体重を減らし、健康で日常生活を過ごしたいであった。解決すべき課題は、①肥満、②食塩過剰摂取、③脂肪過剰摂取である。長期目標は、食事については皆と一緒に同じものを食べたいという意思が強いので、「食事をあまり減らさずに、生活に運動を取り入れ、体重減少、体力維持を目指したい。」とした。短期目標については、体重を減らすことにし、①世話人さんと本人が話し合い、おやつと回数を減らす。②週に4回、コーヒーに入れる砂糖を「1/2カロリーオフ」の甘味料に変更し、エネルギー量を減らすようにする。③管理栄養士が2週間に1回の定期的な食事相談（運動指導含む）をする。期間を約3ヶ月にし、この目標改善のために世話人と管理栄養士が協力し合い支

援していくことにした。

<食習慣指導内容>

BDHQ（簡易型自記式食事歴法質問票）の個人結果帳票について、黄信号は肥満、食塩過剰摂取、脂肪過剰摂取であり、赤信号はなかった。黄信号の栄養素に注意が必要なことを伝える。

1 回目の指導では、個人結果帳票の「太りすぎていませんか？」「食塩を摂りすぎていませんか？」「脂肪を摂りすぎていませんか？」の項目で黄色信号だったため、太りすぎはなぜいけないのか、食塩の過剰摂取はなぜいけないのか、脂肪の過剰摂取について話し、体重増加を気にして行っているウォーキングを継続することを勧め、減塩の一つとして麺類の汁を残すことを提案した。

2 回目には、太りすぎについて指導を行った。朝に続けているテレビ体操や昼休みに続けているウォーキングを続けることによって良い結果が出ているのでこれからも続けてほしいこと、補助カードを使用して、BMI の数字の意味と自分の BMI がどの位置にあるのかを確認をした。

3 回目には、高血圧症と太りすぎの個人結果帳票に基づき、補助カードを使用して運動について話をした。毎日欠かさずテレビ体操とウォーキングを続けていることと、消費エネルギー量には運動の種類と時間が関わってくること、同じ運動でも速度や手の振り方でもエネルギーの消費量が違ってくることを説明した。

4 回目には、再度個人結果帳票の信号の色について確認し、補助カードの「ラーメンの汁を飲む量で食塩量を比べてみました」を活用し、汁と食塩の関係についての説明をした。

5 回目には、太りすぎの個人結果帳票に絞り、体重を減らす事を話した。また、食塩の摂りすぎについては、再度補助カード「ラーメンの汁を飲む量で食塩量を比べてみました」を用いて話した。

6 回目には、最後なので個人結果帳票の信号機について再度確認し、さらに太りすぎは黄色信号であることを説明し、補助カード「日常生活の身体活動量を比べてみました」と「減量作戦を立ててみよう」を使って運動を続けてほしいことと減量作戦を確認した。

<モニタリング>

身長が 154.5cm、体重は 58.5kg、BMI が 24.5 と体重変化率が 3 ヶ月に 7.1%減（1 ヶ月に 3.3%減）があり太りすぎが普通の範囲内に改善された。そのためリスクレベルを低リスクとした。食事は経口で摂取し、量はほとんど 100%食べている。褥瘡はない。

初めは「面倒くさい」と協力を拒んでいた。おやつを減らすことは少々苦痛であるが、体重増加は気にしており、回数を減らしたり、少量のおやつで我慢したりすることができている。

毎朝テレビ体操を部屋で行い、作業のある日は、ほぼ毎日昼休みにウォーキングを実施

していた。自分で決めたことについてはきちんと実行している。麺類の汁を残すアドバイスをしたが、なかなか実行できなかった。

<評価>

毎月の体重測定で体重の減少が確認された。体重減少という結果が見えてきたことで、本人から「今度いつ来る?」「体重減ったよ」と話しかけて来るが増えた。表情も明るくなり、作業に対しても意欲的になり、支援職員との会話も弾むようになった。ただし、減塩や脂質の摂取量を減らすことに関しては、取り組むことができず課題として残った。

<まとめ(感想)>

「皆と同じ食事がしたい」意向を尊重し、運動の大切さを定期的に説明した。今後もウォーキングとテレビ体操は続けていくと本人から返答あった。

運動を主体に指導を行い結果が得られたが、食生活では麺類の汁を残せないことで食塩の摂りすぎになっている。食べるのが早い、口腔清潔の不十分さなどの課題も残った。障害者の方には受け入れていただき、理解して頂くにも時間がかかると痛感した。補助カードは、目で見て理解できるところがよく、障害者の方には、絵・ひらがななどで表現したものが使いやすいと感じた。今回は、本人に説明して理解していただくことを中心に食生活・栄養支援をしたので、食事・栄養に関する取り組みは円滑に行かなかった。また、BDHQの個人結果帳票や食習慣指導補助カードを活用できずに食事・栄養の改善ができなかったことが心残りとなっている。対象者の健康を考えると、本人と世話人やサービス管理者等と一緒に取り組み、食事内容の検討を十分に行うことが必要であり、支援体制を作る重要性を痛感した。

社会福祉法人しらぬい福祉会 しらぬい学園
管理栄養士 西田 テル子

栄養スクリーニング

記入者氏名 西田 テル子 作成年月日 24 年 1 月 10 日

氏名	(ふりがな) 24201071	■男 □女	障害程度区分	□1 □2 ■3 □4 □5 □6
生年月日	□大正 ■昭和 43 年 5 月 8 日	併存症 □糖尿病 □腎疾患 □脂質異常症 □高血圧 □その他()		
主障害	■知的障害 □身体障害	特記事項		
主障害の原因疾患	□ダウン症候群 □脳性まひ □てんかん □頸椎損傷 □脳血管疾患 ■その他(適応障害)			

栄養状態のリスクのレベル

実施日	23 年 12 月 14 日	24 年 3 月 30 日	年 月 日	年 月 日
リスク	□低 ■中 □高	■低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
身長 (cm)	154.5 cm	154.5 cm	cm	cm
体重 (kg)	63 kg	58.5 kg	kg	kg
肥満度* [BMI]	26.4 □低 ■中 □高	24.5 ■低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高
体重変化率 (%)	3 ヶ月に 1.6 % ■増 □減 ■低 □中 □高	3.3 ヶ月に 7.1 % □増 ■減 ■低 □中 □高	ヶ月に % □増 □減 □低 □中 □高	ヶ月に % □増 □減 □低 □中 □高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	g/dl (/) □低 □中 □高	g/dl (/) □低 □中 □高	g/dl (/) □低 □中 □高	g/dl (/) □低 □中 □高
食事摂取量	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容: ■低 □中 □高	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容: ■低 □中 □高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: □低 □中 □高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: □低 □中 □高
栄養補給法	□経腸栄養 □静脈栄養 □中 □高	□経腸栄養 □静脈栄養 □中 □高	□経腸栄養 □静脈栄養 □中 □高	□経腸栄養 □静脈栄養 □中 □高
褥瘡	□褥瘡 □高	□褥瘡 □高	□褥瘡 □高	□褥瘡 □高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○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、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
		身体障害	やせ 11.5~16未満 肥満 24.5~28.5未満	やせ 11.5未満 肥満 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
	思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
体重変化率	変化なし (増減: 3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上	
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養		
褥瘡			褥瘡	

***大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	24201071	記入者	西田 テル子
身体状況、栄養・食事に関する意向	体重を減らしたい	家族構成とキーパーソン	本人 ー

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		24年 1月30日（記入者名）	24年 2月29日（記入者名）	24年 3月30日（記入者名）
身体計測等	体重 (kg)	61.5 (kg)	60.5 (kg)	58.5 (kg)
	肥満度 ¹⁾	25.4	25.3	24.5
	3%以上の体重変化	■無 □有 (kg/ ヶ月)	■無 □有 (kg/ ヶ月)	□無 ■有 (2 kg/ 1 ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
	その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）	〔 血圧123/71 〕	〔 血圧115/66 〕	〔 血圧110/63 〕
食生活状況等	食事摂取の状況 ²⁾	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %
	・主食の摂取状況 ²⁾	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %	〔 1 〕 100 %
・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	〔 〕 %	〔 〕 %	〔 〕 %	
必要栄養量等	必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 1700kcal タンパク質 60.0g	エネルギー 1700kcal タンパク質 60.0g	エネルギー 1700kcal タンパク質 60.0g
	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	■無 □有 〔 特になし 〕	■無 □有 〔 特になし 〕	■無 □有 〔 特になし 〕
	その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）	〔 特になし 〕	〔 特になし 〕	〔 特になし 〕
多職種による栄養ケアの課題	低栄養・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 ■その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 ■その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 ■その他
	特記事項	周りに比べて早食い	周りに比べて早食い	口腔内の不潔さ
問題点	① 身体計測等	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
	② 食生活状況等	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
	③ 食行動	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
	④ 身体症状	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
	⑤ その他	■無 □有 { }	■無 □有 { }	■無 □有 { }
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 ■改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 ■改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 ■改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書

氏名	24201071 殿	入所日	年 月 日
作成者	西田 テル子	初回作成日	24 年 1 月 13 日
利用者 または 家族の意向	体重を減らしたい	作成（変更）日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） 肥満、食塩の過剰摂取、脂肪の過剰摂取		サイン
長期目標と期間	食事をあまり減らさずに、「生活に運動を取り入れ、体重減少、体力維持」を目指したい。		続柄

短期目標と期間	栄養ケア (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)	担当者	頻度	期間
体重を減らす	②おやつについて 量、回数を減らす	世話人 本人	毎回	H24. 1.13
	③コーヒーについて 甘みを抑えて提供する→砂糖に替えて「1/2カロリーオフ」のスティックへ変更	世話人	4回/W	}
	②定期的な食事相談	栄養士	1回/2W	
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
24	1	13	看護師・サービス管理者・世話人・本人交え、体重増加の現状と今後の対策検討(おやつ・飲み物について)
	1	27	昼食食事中の様子伺いに行ったが、すでに食べ終わられていた。(ホームの2/3の方がまだ食事中)
			ゆっくり食べる事を勧めるが、ウォーキングに行くため、早く食べていると発言あり
	2	10	ウォーキングに付き添いながら、おやつについて話す。
			作業の日のおやつは、半分量もしくは食べない事もあるが、休みの時は、皆と同じ量を食べている。
	2	29	土曜日は、ホームからのお弁当持参なので、中身を思い出していただいた。揚げものが多いようだった。
	3	13	麺類の時、汁を全部飲まれているようなので、残す事は出来るか尋ねたが、つつい飲み干してしまうとの返事が返ってくる。食塩が多いことはわかっているようだ。
	3	29	本人より「体重が減った」と話に来られる。

食習慣指導報告書（1）回目

ID	24201071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24年 1月 13日					
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)				
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()				
選択した個人結果	帳票の名称(該当欄に☑を入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症							
		<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ							
		<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足							
		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足							
		<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い							
		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い								
選択した補助カードの番号	(該当欄に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧		
		<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯		
		<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①		
		<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨		
		<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧		
		<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦		
		<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③		
		<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪		
		<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱			
		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧		
		<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮			
		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧		
		<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧		
		<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥			
		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④						
		個人結果帳票の活用内容と着眼点	本人の個人結果帳票から信号の色の見方と、どの栄養素が黄色なのか、確認していただく。現在、体重増加のため、昼休みに園舎周りをウォーキングされていることを褒め、続けるよう話をする。								
			「太りすぎていませんか？」の項目(BMI=26.4)で黄色信号だったため、このまま太ると、心臓に負担がかかり、《母親(半身麻痺)の遺伝もあるので》、注意が必要だ。また、「食塩を取り過ぎていませんか?」「脂肪を取り過ぎていませんか?」の項目も黄色だった事もあり、麺類の汁を残す事を勧める。								
		補助カードの活用内容と着眼点									

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容								
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症					
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ					
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足					
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足					
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い					
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
指導内容の理解度を確認する					その他の意見			
対象者本人の理解度		本人以外の理解度						
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している				「これから、3ヶ月、顔を見に来ます！協力して下さい。」と声かけすると、「嫌だ。面倒くさい」と言われ、少々拒否気味である。 理解力はあるが、声が聞き取りにくく、小さく、何度も聞き返すと、無言になってしまう。楽しく続けられるような態勢作りが必要と思われる。			
<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している							
<input type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> わからない							
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない							
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない							

食習慣指導報告書（2）回目

ID	24201071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 2 4 年	1 月	27 日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()	
選択した個人結果	欄に <input checked="" type="checkbox"/> を入れる 帳票の名称(該当) <input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑯ <input checked="" type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容	BMI=26.4 秋ごろから昼休みに園舎周りをウォーキングしている。実施してから3ヶ月経とうとしているので、体重の結果報告と毎日続ける事で良い結果が出ているという達成感と、今後も引き続き実施してもらう意欲を持ってもらうことに着目した。							
補助カードの活用内容	BMIの数字の意味と、実際、体重減になった事で、BMIの数字の確認を目で見えて実感していただく。実施している運動の種類(ウォーキングとテレビ体操)について説明し、歩く速度によって運動量が違って来る事を認識していただく。2-①カードは「肥満度の判定基準」を用いて、本人のBMIの値がどこなのか、BMIの普通の範囲である数値を確認する。 1-⑮太りすぎ「身体活動(運動・生活活動)の1エクササイズに相当する時間」 1-⑯太りすぎ「減量作戦を立ててみましょう」 2-①やせすぎ「肥満度の判定基準(日本肥満学会2000)」							

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 指導内容の理解度を確認する </td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> その他の意見 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 理解している </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 理解している </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 少し理解している </td> <td> <input type="checkbox"/> 少し理解している </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> わからない </td> <td> <input type="checkbox"/> わからない </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> あまり理解していない </td> <td> <input type="checkbox"/> あまり理解していない </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td> <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table> </td> <td style="vertical-align: top;"> 声が聞き取れず、何度も聞き返してしまう。 自分の日課をつぶされるのは嫌のようで、協力していただくには、こちらが、その日課に参加しながら協力していただく方法を取る。 早食い傾向であるが、食事後の目的があつての早さになっている面もあるようだ。（特に昼食後のウォーキングをするため） また、他の人から干渉されたくない気持ちがあり、すぐに自室に戻ろうとしている面もある </td> </tr> </table>	指導内容の理解度を確認する	その他の意見	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 理解している </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 理解している </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 少し理解している </td> <td> <input type="checkbox"/> 少し理解している </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> わからない </td> <td> <input type="checkbox"/> わからない </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> あまり理解していない </td> <td> <input type="checkbox"/> あまり理解していない </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td> <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	声が聞き取れず、何度も聞き返してしまう。 自分の日課をつぶされるのは嫌のようで、協力していただくには、こちらが、その日課に参加しながら協力していただく方法を取る。 早食い傾向であるが、食事後の目的があつての早さになっている面もあるようだ。（特に昼食後のウォーキングをするため） また、他の人から干渉されたくない気持ちがあり、すぐに自室に戻ろうとしている面もある																																																																																																								
指導内容の理解度を確認する	その他の意見																																																																																																																								
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 理解している </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> 理解している </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 少し理解している </td> <td> <input type="checkbox"/> 少し理解している </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> わからない </td> <td> <input type="checkbox"/> わからない </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> あまり理解していない </td> <td> <input type="checkbox"/> あまり理解していない </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td> <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	声が聞き取れず、何度も聞き返してしまう。 自分の日課をつぶされるのは嫌のようで、協力していただくには、こちらが、その日課に参加しながら協力していただく方法を取る。 早食い傾向であるが、食事後の目的があつての早さになっている面もあるようだ。（特に昼食後のウォーキングをするため） また、他の人から干渉されたくない気持ちがあり、すぐに自室に戻ろうとしている面もある																																																																																																												
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

食習慣指導報告書（3）回目

ID	24201071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24年 2月 10日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（分）	
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
帳票の名称（該当欄に☑を入れる） 選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症			
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ			
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足				
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足				
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い				
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号 （該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
	個人結果帳票の活用内容 着眼点	高血圧に気をつけたいあなたへ、太りすぎに気をつけたいあなたへについての個人結果帳票を活用しながら、ウォーキングとテレビ体操を毎日欠かさず実行されているのでそのことを褒め、ウォーキングを始めた時期と比較して身体に変化があるのか、苦痛はないかなどの確認をした。						
補助カードの活用内容 着眼点		運動の種類によって、同じエネルギー量を消費するには、時間がそれぞれ違っている。同じ運動でも、速度や手の振り方でも消費する時間が違って来る事を知ってもらい、実施しているウォーキングについて、慣れてきたら速度を早めてみることを提案する。 1-⑮太りすぎ「身体活動(運動・生活活動)の1エクササイズに相当する時間						

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容	『コツコツ減らそう 100キロカロリー 運動編』（別資料）を用いて、速度が変われば、時間を短縮できる事。腕を大きく振りながら、歩くと、もっと良い運動になる。ことを説明。																																																																																																																								
前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																						
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑯	<input checked="" type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
指導内容の理解度を確認する 対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない				その他の意見 本人は人と話す事は好きな方なので、話してもらえそうな方向で接していきたいのだが、時間が限られてしまい、なかなか聞き出せないし、こちらからの話も理解していただくには時間が必要だと思われる。 おやつを我慢しているようだが、続けれるか聞いてみた。「別に・・・休みの日は皆と同じ」との発言。職員に聞くと、少なめに渡している・・・と返答。																																																																																																																					

食習慣指導報告書（４）回目

ID	24201071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24年	2月	29日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input checked="" type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()	
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の着眼点	毎日欠かさずウォーキング実施している。雨天の場合どうしているのか聞いてみると「休み」とのこと。しかし、朝のテレビ体操は欠かさず実施しているとのこと。 一般基本編(信号の色)を使って、肥満、食塩の過剰摂取、脂肪の過剰摂取があり黄色信号になっていることを確認する。							
補助カードの着眼点	麺類の汁をどのくらい残すかで、食塩摂取量が変わってくることの説明。 8-⑦食塩 「ラーメンの汁を飲む量で食塩量を比べてみました」							

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容								
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症			
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ			
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足			
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足			
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い			
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い					
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
指導内容の理解度を確認する					その他の意見			
対象者本人の理解度		本人以外の理解度			自分が決めた事は、曲げずやりとおす人。こちらの意見を聞いてもらうには時間がかかった 土曜日の作業時は、ホームからの弁当で対応されているが、中身を聞いてみた。「鶏のから揚げ・魚のフライ・ウインナー」と返答。サービス管理者からは、「世話人さんも考えて作っている。世話人さんの性格等考慮すれば、これ以上負担掛けられない」との話があった。			
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している		<input checked="" type="checkbox"/> 理解している						
<input type="checkbox"/> 少し理解している		<input type="checkbox"/> 少し理解している						
<input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> わからない						
<input type="checkbox"/> あまり理解していない		<input type="checkbox"/> あまり理解していない						
<input type="checkbox"/> 理解していない		<input type="checkbox"/> 理解していない						

食習慣指導報告書（5）回目

ID	24201071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24年	3月	13日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input checked="" type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()	
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容	本人の母親の疾病も考慮し、他の方より体重が増えると、病気になり易い体質なので、筋肉をつけて脂肪を落とすことにする。と話題にする。理解力はあるが、本人が実行に移すためには、納得しないと実行につながらないので、とにかく体重を減らすことを優先に支援することとし、「太り過ぎ」の個人結果帳票だけに絞る。							
補助カードの活用内容	麺類の汁を残せるか、聞いてみた。「無理」との回答だったが、汁を飲み干せば、喉が渴いて水やお茶が欲しくならないか聞いて、水分が欲しくなるのは、それだけ塩辛いものが身体に入っている事を説明する。8-⑦食塩 「ラーメンの汁を飲む量で食塩量を比べてみました」							

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; border: none;"> <input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い </td> <td style="width:33%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い </td> <td style="width:33%; border: none;"> <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 指導内容の理解度を確認する <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td style="width:50%; border: none;"> 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table> </td> <td style="width:50%; border: none;"> その他の意見 塩分を控えるために、麺類の汁を残すよう話をしたが、無理のようだ。（つつい、飲んでしまうとの事）最近は、「今度いつ、話に来るの?」と、聞きに来られる。 </td> </tr> </table>	指導内容の理解度を確認する <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td style="width:50%; border: none;"> 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	その他の意見 塩分を控えるために、麺類の汁を残すよう話をしたが、無理のようだ。（つつい、飲んでしまうとの事）最近は、「今度いつ、話に来るの?」と、聞きに来られる。																																																																																																																				
指導内容の理解度を確認する <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td style="width:50%; border: none;"> 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	その他の意見 塩分を控えるために、麺類の汁を残すよう話をしたが、無理のようだ。（つつい、飲んでしまうとの事）最近は、「今度いつ、話に来るの?」と、聞きに来られる。																																																																																																																						
対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

食習慣指導報告書（6）回目

ID	24201071	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 2 4 年	3 月 2 9 日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input checked="" type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の着眼点	3ヶ月経過したので、今までの指導のまとめと今後の計画(継続してウォーキング等)についてのことを聞く。黄色信号の意味、青信号との違いの再確認していただく。						
補助カードの着眼点	以前使用した、カード類を再確認しながら、「太る」事は黄色信号だという事を覚えていただく。また、今後も続けていくことが大切であることを説明する。 1-⑮ 太りすぎ「身体活動(運動・生活活動)の1エクササイズに相当する時間」 1-⑯ 太りすぎ「減量作戦を立ててみましょう」						

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容																																																																																																																																
前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																												
対象者本人の理解度		本人以外の理解度		「体重減ったよ！」と顔合わせた途端、話して下さいました。本人も、嬉しかったようです。																																																																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している		<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 少し理解している		<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> わからない		<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> あまり理解していない		<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 理解していない		<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																														

<事例紹介 5>

年齢：62歳	性別：男性	身長：155.3cm	体重：67kg	BMI：27.8
障害程度区分：区分2				
主障害：知的障害 主障害の原因疾患：知的発達遅滞				
併存症：胃炎・便秘症				
特記事項：難聴のため補聴器を使用				

<栄養スクリーニング>

BMI27.8、体重変化率は1ヶ月に3kg（4.7%）増、血清アルブミン値は4.6（g/dl）、食事は経口摂取で量はほとんど100%食べている。褥瘡は無い。等よりリスクレベルを中リスクと判断した。

<栄養アセスメント>

体重が1ヶ月前から3kg（4.7%）増加し、現在67kgでBMIは27.8と肥満である。現在のところ身体状況（血清アルブミン値、血圧、LDL,HDL,中世脂肪）に特に異常はみられない。年間の体重の変動が大きく、毎年夏場になると体重が減少し、冬場には増加する傾向があるが、今回はこれ以上増えないようにすることが必要である。

平日は生活訓練として農作業を行っている。食事は、朝夕食はグループホームで、昼食は同法人の施設で給食を食べている。帰宅後はグループホームでテレビを見て過ごす。休日は外出することが多く、お祭りなど地域のイベントに歩いて出かけるなど活動的である。

三度の食事は100%摂取している。1日の食塩摂取量が14.8gと過剰摂取である。食塩については、刺身や付け合わせの野菜に使用するかけ醤油は多めにかける傾向があり、ラーメン等の麺類の汁もほとんど全部飲んでいる。休日の昼食時には汁代わりとしてカップラーメンを食べており、汁もすべて飲んでいる。間食も塩辛いお菓子を好み、休日には大袋で購入しほとんど食べてしまっている。さらに、炭酸系のジュースを大量に購入し一気に飲んでしまうこと、コーヒーを飲む際には大量の砂糖とミルクを入れていることから、食塩の摂り方と間食の摂り方の見直しの提案が必要である。

BDHQ（簡易型自記式食事歴法質問票）の結果では、脂肪エネルギー比が27%と少し高め、黄信号であったが、今回は食塩の過剰摂取と肥満の介入とした。

<栄養ケア計画>

利用者または家族の意向は「健康に暮らしたい」であり、解決すべき課題は、肥満の改善（BMI27.8）と、食塩の過剰摂取である。長期目標は、体重の増加を抑え、食塩の摂取量を14g以下に減らす食習慣の改善を行うこととした。短期目標については、①食塩の摂取量を減らす。そのために調味料の適量を知ってもらい、卓上の調味料は小さじ1杯の量とする。ラーメンの汁は残すようにする。休日の昼食時のラーメンをミニタイプにする。おやつを購入する時に食品の選択の助言をする。血圧の測定を定期的に行う。②体重の増加を抑える。そのためにコーヒーの砂糖とミルクを低エネルギー食品に替えること、休日の間食の量と内容の見直しをすること等、間食の食べ方の改善をする。体重を定期的に測

定する。これらのことを期間を約 3 ヶ月に設定し、世話人、支援員、管理栄養士が協力し合い支援していくことにした。

<食習慣指導内容>

BDHQ（簡易型自記式食事歴法質問票）の結果では、赤信号が食塩過剰摂取であった。

補聴器を使用しているにもかかわらず、指導した内容を誤解して行動してしまうことも多いため、会話による直接的な指導は難しいことから、指導はグループホーム担当支援員に行い、本人への声かけは主に担当支援員と世話人を通して行った。

食塩摂取量の減少に向けては、最初の目標はあまり高く持たず、本人の負担にならないように 1 日の食塩摂取量を日本人の平均である 14g 以下を目標にすることにした。

最初に、付け合わせの野菜や刺身等への醤油のかけすぎを改善することにし、補助カードの「卓上で使う調味料の食塩量を比べてみました」を使い、かける調味料の食塩量を説明し、卓上での使用量を小さじ 1 杯（食塩量 0.9g）までとすることにした。支援員と世話人に使用量を知ってもらうため、計量スプーンを使用し小さじ 1 杯の量を実測して覚えてもらった。次に、本人に適量を知ってもらうために、慣れるまでは世話人からかけてもらうように提案したが、世話人からは見守り支援で進めたいとの話があり、世話人の考えを尊重して最初は声掛けを行ったが、その後は見守り支援になった。

また、補助カードの「かけそば・ラーメンの汁を飲む量で食塩量を比べてみました」を使って麺類の食塩量と飲む量でどれだけ食塩量が異なるかを説明し、ラーメン等の麺類の汁を 1/3 残することで 2g の減塩となることから、全部飲むのではなく残すよう声掛けすることを提案した。

休日の間食（お菓子）については、本人の買い物に支援員の同行が難しいことから、昼食時に汁代わりとして食べているカップ麺について、ミニカップ麺に変更することを提案した。

次に、補助カードの「飲み物のエネルギーをスティックシュガーを用いて比べてみました。」を使い、飲料に含まれる砂糖の量を説明した。さらに、今回の支援は冬季間だったため、炭酸系のジュースよりもコーヒーを多く飲んでいたので、砂糖入りのコーヒーのエネルギーを示し、たっぷり使用している砂糖とミルクを低カロリーのものに変更する提案を行った。

<モニタリング>

体重は、3 か月に 1.8 kg 減少 (2.7% 減少) しているが、身長 155.3 cm、体重 65.2 kg、BMI 27.0 であり、BMI の値からリスクレベルを中レベルと判断した。食事はほぼ 100% 摂取されており、褥瘡は無い。

食塩の過剰摂取については、支援員と世話人からの声かけと見守り支援により、本人も塩辛さを意識するようになった。本人が買い物する休日の菓子等については指導することができなかったが、カップ麺をミニカップ麺にスムーズに切り替えることができた。

コーヒーの砂糖とミルクについては、在庫食品が無くなってから低エネルギー食品への移行となった。

体重は少しずつだが減少がみられた。血圧は正常域である。

<評価>

卓上でかける醤油の使用は、最初は声掛け、その後は見守り支援を行い、最終的にはグループホームでの食事だけではなく、施設で食べる昼食時にかける量もほぼ適正になった。

麺類の汁の塩辛さを本人も気にするようになり、支援前は汁をすべて飲んで残すようになった。休日のカップ麺もミニのカップ麺に無理なく切り替えることができた。

コーヒーの砂糖とミルクについては、その支援が最後になったため低カロリーへの移行後の確認はできなかった。

<まとめ>

今回の介入において、食塩摂取量を減らすという目標については、段階的にすすめたことで、本人の大きな負担にならず目標が達成できたと考えられる。さらに、世話人の減塩への意識が高まったことで、法人内の他のグループホームの利用者にも良い影響を与える結果となった。

このたびの食生活・栄養支援について、担当支援員や世話人からは、以前から気になっていた点であり、管理栄養士からの介入は良い機会なので、ぜひ支援を受けたいと協力的であった。また、3か月の食生活・栄養支援終了時には、補助カードを使用した栄養支援はわかりやすく、自分たちも目標が明確になりわかりやすかったので、引き続き管理栄養士の支援をお願いしたいと話があった。事例についても継続した食習慣指導が必要であると考えるため、今後も食生活・栄養支援を継続して行きたい。

社会福祉法人光風会 障がい者支援施設光風園
管理栄養士 大井 弓子

栄養スクリーニング

記入者氏名 大井 弓子 作成年月日 H24 年 3 月 21日

氏名	(ふりがな) 20603031	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 23 年 8 月 24 日		併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> その他(胃炎・便秘症)
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害			特記事項 補聴器を使用しているが、聞こえにくく自分なりに理解するため、勘違いをしていることも多い。
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他(知的発達遅滞)			

栄養状態のリスクのレベル

実施日	H24年 1 月 11 日	H24年 3 月 21 日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	155.3 cm	155.3 cm	cm	cm
体重 (kg)	67 kg	65.2 kg	kg	kg
肥満度* []	27.8 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	27.0 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	1 ヶ月に 4.7 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 2.7 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	4.6g/dl (6 / 7) <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	4.6g/dl (6 / 7) <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容: ご飯・常食 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容: ご飯・常食 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } % 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } % 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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	
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	19~26未満	やせ: 15~19未満 肥満: 26~30未満	やせ: 15未満 肥満: 30以上
		身体障害	16~24.5未満	やせ: 11.5~16未満 肥満: 24.5~28.5未満	やせ: 11.5未満 肥満: 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ: 13~15未満 肥満: 19~22未満	やせ: 13未満 肥満: 22以上	
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ: -15%以下 肥満: 30~50%未満	やせ: -15%以下 肥満: 50%以上	
思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ: -15%以下 肥満: 30~50%未満	やせ: -15%以下 肥満: 50%以上		
体重変化率	変化なし (増減: 3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上		
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養			
褥瘡				褥瘡	

***大和田浩子、中山健夫: 知的障害者(児)・身体障害者(児)における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	20603031	記入者	大井 弓子
身体状況、栄養・食事に 関する意向	健康に暮らしたい	家族構成と キーパーソン	本人 — 支援員

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		H24年 1月11日 大井弓子	H24年 2月8日 大井弓子	H24年 3月7日 大井弓子
身体計測等	体重 (kg)	67.0 (kg)	66.0 (kg)	65.2 (kg)
	肥満度 ¹⁾	27.8	27.4	27.0
	3%以上の体重変化	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3kg/ 1ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1kg/1ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (0.8kg/1ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4.6g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4.6g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4.6g/dl)
食生活状況等	その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）	（ 血圧 121/65 LDL150 HDL44 中性脂肪 83 ）	（ 血圧 112/60 LDL150 HDL44 中性脂肪 83 ）	（ 血圧 125/72 LDL150 HDL44 中性脂肪 83 ）
	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
多職種による栄養ケアの課題	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[] %	[] %	[] %
	必要栄養量 （エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 1799kcal タンパク質 60g	エネルギー 1809kcal タンパク質 60g	エネルギー 1754kcal タンパク質 60g
	食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕
食生活状況等	その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）	食塩を多くとる傾向にある	塩辛いおやつと、ラーメンを汁代わりに食べる傾向にある	炭酸系のジュースと甘いコーヒーを多く飲む傾向にある
	低栄養・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	調味料は本人がかけるようにし、見守り支援を進める。休日の食事でカップラーメンが汁のかわりになっている。	本人が調味料をかける量を気にするようになり、量が減ってきている。炭酸系のジュースの大量購入が気になる。	嗜好品の砂糖やミルクは在庫があり、低エネルギー食品への切り替えができない。
	問題点	① 身体計測等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕
② 食生活状況等		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 塩分量が多く、今後血圧に注意する必要がある	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 塩分量が多く、今後血圧に注意する必要がある	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 調味料の使用量は減少傾向にある
③ 食行動		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 塩辛いおやつを食べる	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 おやつは減ってきている
④ 身体症状		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 肥満傾向にある	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 肥満傾向にある	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 肥満傾向にある
⑤ その他		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 〔 〕
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書

氏名	20603031 殿	入所日	年 月 日		
作成者	大井 弓子	初回作成日	H24 年 1 月 11 日		
利用者 または 家族の意向	健康に暮らしたい	作成（変更）日	年 月 日		
		説明と同意日	年 月 日		
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） 肥満の改善(BMI27.8) 食塩の過剰摂取		サイン		
長期目標と期間	体重の増加を抑え、食塩の摂取量を14g以下に減らす食習慣の改善を行う		続柄		
短期目標と期間	栄養ケア (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)		担当者	頻度	期間
食塩の摂取量を減らす	調味料の適量を知ってもらう ・卓上の調味料は小さじ1の量とする ・ラーメン等の麺類の汁を残すようにする ・休日の昼食時のラーメンをミニタイプに変更する ・おやつを購入時に食品選択の助言をする ・血圧の測定		世話人 世話人 世話人 世話人 支援員	毎日 随時 随時 随時 月1回	3か月 3か月 3か月 3か月 3か月
体重の増加を抑える (間食の食べ方の改善)	・コーヒの砂糖とミルクを、低エネルギー食品に替える ・休日の間食の量・内容の見直し ・体重の測定		管理栄養士 世話人 管理栄養士 世話人 支援員	毎日 随時 月1回	1か月 2か月 3か月
特記事項	季節による体重に変動が大きい				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
H24	1	12	・世話人にかける調味料の量を把握してもらい、その後は世話人さんからかけてもらうようにする。 ・世話人よりお菓子(柿の種等)を多く食べているとの相談があった。
	1	16	・GHにあった計量スプーンを使用し、世話人と支援員でかける調味料の量を確認する ・世話人より、調味料は本人からかけてもらいたいので、見守り支援で進めたいとの話がある。
	1	30	・卓上の調味料を自分でかけているが、量を気にするようになり、使用量が少なくなってきた。
	2	1	・昼食時のラーメン等の麺類の汁を残す傾向がみられる。
	2	13	・休日の昼食用には、ミニタイプのラーメンを購入した。
	2	20	・休日の昼食時にミニタイプのラーメンを食べる。本人は十分満足している様子。
	2	27	・日曜日に、自分で2Lの炭酸ジュースを3本購入してきたが、1日で1本飲んだとの報告がある。
	3	13	・コーヒに砂糖・ミルクを多く加えて飲んでいたので低エネルギーの砂糖とミルクを購入したが、今まで飲んで残っていたため、それを使い切らないと低カロリーのは飲めないと本人より話があり、意見を尊重する。
	3	29	・以前使用していたミルクと砂糖がなくなったため、購入していた低カロリーの砂糖とミルクに切り替えるが、本人から飲みにくいなどの意見はなかった。
			・卓上の調味料を自分でかけているが、量を気にするようになり、少なくなってきた。

食 習 慣 指 導 報 告 書（ 1 ）回 目

ID	20603031	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 11 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)	
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他(支援員)	
帳票の名称(該当個人結果欄)	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症			
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ			
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足			
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足			
	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い			
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い					
	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		
<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input checked="" type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
個人結果帳票の活用内容	・最近1か月間の食習慣について全体的な課題を把握するために使用 ・グループホームの食事内容の把握に活用 ・支援目標として、摂取過剰である食塩摂取量を平均的な日本人の摂取量以下にすることを目標とした							
	・食塩摂取量を減らすための意識付けに活用 ・日常生活の中で、どのようにすることで食塩を減らせるか目安を知らせるために使用							

個人補助カード以外の 指導内容 の 結果帳票と	・栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画書を使用して、これからの支援を検討した																																																																																																																															
	前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																												
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																												
対象者本人の理解度		本人以外の理解度		・疾病を予防するために良い機会である。管理栄養士からの支援をもっと行ってほしいと支援員からの希望があった																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																															

食習慣指導報告書（2）回目

ID	20603031	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 25 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)	
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他(支援員)	
帳票の名称(該当個人結果欄)	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症			
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ			
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足			
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足			
個人結果帳票の着眼点	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い			
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い					
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
個人結果帳票の着眼点	・食塩摂取量について、麺類・麺類のスープの量に着目							
補助カードの着眼点	・麺類の汁の食塩量と、汁を残すことで食塩量が減ることを知らせるために使用							

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 8-①</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input checked="" type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input checked="" type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
指導内容の理解度を確認する	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> 対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																						
対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								
	その他の意見 ・支援員から、本人任せになっている休日の食事について相談があり、次回からの指導内容に反映させることにする																																																																																																																								

食習慣指導報告書（3）回目

ID	20603031	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 9 日			
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input checked="" type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)		
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他(支援員)		
帳票の名称（該当欄に☑を入れる） 選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症				
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ				
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足					
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足					
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い					
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号 （該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
	個人結果帳票の 活用内容と 着眼点	・本人の1日の食塩摂取量と、平均的な日本人の摂取量の比較に使用							
補助カードの 活用内容と 着眼点		・菓子を食べすぎる傾向にあることから、お菓子に含まれる食塩量を知らせるために使用							

個人補助カード以外の結果帳票と	・本人がよく食べる菓子の食塩量について調べて提示した																																																																																																																
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																														
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④
指導内容の理解度を確認する													その他の意見																																																																																																				
対象者本人の理解度						本人以外の理解度						・支援員から菓子の購入には同行できず支援が難しい、ミニカップ麺については可能との意見あり																																																																																																					
<input type="checkbox"/> 理解している						<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																											
<input type="checkbox"/> 少し理解している						<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/> わからない						<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																											
<input type="checkbox"/> あまり理解していない						<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																											
<input type="checkbox"/> 理解していない						<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																											

食習慣指導報告書（４）回目

ID	20603031	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 22 日			
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)		
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他(支援員)		
選択した個人結果	帳票の名称(該当欄に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症					
		<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ					
		<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足					
		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足					
		<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い					
		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	(該当欄に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
		<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
		<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①
		<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
		<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧
		<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
		<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③
		<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
		<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	
		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
		<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	
		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
		<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧
		<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
		個人結果帳票の着眼点	活用内容	・本人の1日の食塩摂取量と、平均的な日本人の摂取量の比較に使用					
・カップ麺をミニカップ麺に変更したことから、含まれる食塩量を知らせるために使用									

個人補助カード以外の 結果帳票と																																																																																																																									
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
指導内容の理解度を確認する	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> 対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																						
対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								
	その他の意見 ・支援員からラーメンの汁を残すようになり、減塩に対する意識がみられるとの意見あり																																																																																																																								

食習慣指導報告書（5）回目

ID	20603031	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 7 日	
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input checked="" type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（分）
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（支援員）
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い						
帳票の名称（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の着眼点	・太り過ぎの個人結果帳票から、砂糖・飲料の摂取量を確認						
補助カードの着眼点	・飲料に含まれる砂糖の量を説明						

個人補助結果帳票と	の指導内容	・本人が良く購入する、炭酸系ジュースのエネルギーを調べて提示																																																																																																																																						
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																																					
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																					
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																																				
対象者本人の理解度				本人以外の理解度																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない				<input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																																				
				・全般的に本人に苦痛もなく減塩が進められている。体重も減少傾向にある																																																																																																																																				

食習慣指導報告書（6）回目

ID	20603031	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 21 日	
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input checked="" type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（ 分 ）						
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（支援員）						
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の着眼点	・太り過ぎの個人結果帳票から、砂糖・飲料の摂取量を確認						
補助カードの着眼点	・飲料に含まれる砂糖の量を説明						

個人補助カード以外の結果帳票と	・砂糖入りコーヒーのエネルギーを調べて提示								
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い		
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨
	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰	<input type="checkbox"/> 1-⑱
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②
	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②
	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③
	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫
	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨
	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨
	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③
	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④
	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④
	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④			
指導内容の理解度を確認する					その他の意見				
対象者本人の理解度		本人以外の理解度			・ひとつひとつ段階的に進められている。				
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している								
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない								

<事例紹介 6>

年齢：50歳	性別：男性	
身長：161.7cm	体重：72.5kg	BMI：27.7
障害程度区分：区分2	主障害：知的障害	
主障害の原因疾患：不明	併存症：なし	

<スクリーニング>

食欲はあり、食事は残さず摂取されている。2ヶ月で4.3%の体重増加があり、さらにBMIが27.7と高いため、栄養状態のリスクを中リスクと判定した。

<アセスメント>

入所者6人のグループホームで生活し、週に5日、自転車で15分程度の職場に通い、屋外で荷物の搬入など体を動かす仕事をしながら自立した生活を送っている。

朝食及び夕食は、ホームで世話人が作る食事を食べている。仕事の日は、ほとんど社員食堂で昼食を摂り、休日の昼食はコンビニなどで購入し食べている。ホームでの食事は種類も様々でバランスの取れた食事が提供されている。社員食堂は、3つのメニューの中から選択する方式で、主に魚系、肉系、麺類から選択できる。1ヶ月のメニューとエネルギーが記載された献立表からいつも前日に食べるものを決めている。仕事上の付き合いなどで月に2～3回はお酒を飲む機会があり、楽しみとなっている。甘いものも好きで、週に数回は洋菓子を購入して食べている。

体重は、昨年8月が67.5kg、10月が69.5kg、スクリーニング時の12月が72.5kgと徐々に増加している。自己管理となる昼食や夕食時の飲食において、好きな肉料理や揚げ物、麺類を摂取し、甘い菓子を購入して摂取していることが体重増加の原因と思われる。

また、食事アセスメントでは、食塩摂取過剰(赤色)ととりすぎ・脂肪摂取量が多いこと(黄色)であった。

<ケア計画>

本人の意向は、「仕事を続けながらグループホームで健康に暮らしたい。」であり、特に問題となる疾患はないものの、「職場の健診で肥満傾向を指摘され、運動を増やすように意識している。」と体重を減らしたいと考えている。解決すべき課題は、肥満の改善と食塩摂取量を減らすことである。長期目標は、体重を1ヶ月に1kgのペースで減らすことにより、7ヶ月で7kg減量し、BMI25を目標とした。さらに、食塩摂取量を減らし生活習慣病を予防することとした。食短期目標は、食べるエネルギー量を意識しながら、食品や調理方法が偏らないように選択する習慣を身につけることと減塩習慣を身につけることとした。短期目標達成のために、2週間に一つの改善目標を立て、一つずつ改善していくこととした。

＜食習慣指導内容＞

ケア計画から肥満と減塩を中心として6回の指導を行った。

1回目は、本人に食事アセスメント結果を信号の色を用いて説明し、信号の色が赤い色（食塩）、黄色（太りすぎ・脂肪摂取量が多い）だった内容についてそれぞれの個人結果帳票を使用し説明を行った。主な課題である肥満については、「肥満度とエネルギー摂取量の関係」の図を用いて説明し、食べたエネルギー量と使ったエネルギー量のバランスが大切であることを話した。本人は、この仕組みについては知らなかったとのことで、太るほど量を食べている意識はないとのことであった。もう一つの課題である減塩については、麺類が好きで食べる回数が多いということで、補助カードを用いて麺類の汁を飲む量により食塩摂取量が大きく変わるため、汁は残す方がよいこと、麺そのものにも食塩が含まれていることを示した。この点に関しては、納得されているようであった。そして、次回までの目標として「麺類の食塩に気をつけよう、食べる回数と麺の汁を飲む量を意識する」を設定した。

2回目は、エネルギー摂取量を減らすことについて本人と話した。目標である「体重1ヶ月に1kg減」を実践するためには、1日約230kcalのエネルギー摂取量を減らす必要があることを説明し、230kcalの目安を示すために市販食品の栄養価が写真付で示された資料を用いて身近な食品から一緒に考えた。また、個人結果帳票から「自然にエネルギー摂取量を減らすポイント」も説明した。そして、次回までの目標として、「食べるもののエネルギーを意識しよう」とし、社員食堂で食事を選ぶ時に栄養成分表示を確認することとした。1回目の目標であった「麺類の食塩」については、二週間のうちで1回しか麺類を食べず、汁も半分残したと話しており、指導内容を意識している様子であった。さらに、昼食後のコーヒーを飲む際、二杯目は砂糖を入れないようにしているとも話してくれる。食事に対して自分なりに考えている様子が分かった。

3回目は、食べる食品の種類について本人と話した。個人結果帳票の「エネルギーをどのような食品から摂っているか」グラフを用いて、豆類・魚介類の摂取量が少なめであることを説明した。グループホームの食事はバランス良く食品が使われているが、自分で選択する昼食時は肉類に偏る傾向にあることを本人も認識していた。あわせて脂肪の質について説明し、豆類・魚介類の摂取量を増やす意義を説明した。そして、次回までの目標は、「食品の種類を意識して、豆類・魚介類を積極的に食べよう。」と設定した。前回の目標であった「食べ物のエネルギーを意識する」については、栄養成分表示をあまり見る機会はなかったということであったが、バレンタインデーにチョコレートを沢山食べてしまったことが気になっていると話し、指導内容を意識していることがうかがえた。

4回目は、調味料の食塩量について本人と話した。個人結果帳票から一日あたりの望ましい食塩摂取量を示し、そのうち調味料からどれ程の量の食塩を摂っているかを説明した。調理の段階での減塩は本人が関与しないため難しいので、自分で調整できるかける調味料の量を意識するように勧めた。そして、次回までの目標として「調味料の食塩量とエネルギーを意識してみよう」を設定した。前回の目標であった「食品の種類」については、あ

まり実践できていなかったということであった。社員食堂での昼食では、好きな麺類・肉類・揚げ物を選ぶ傾向にあり、この点については改善に時間がかかるように感じた。しかし、本人も揚げ物を選ぶ傾向があることは自覚しており、「最近、飲み会が多く、揚げ物などを多く食べてしまうことが気になっている。」と話していた。

5回目は、これまで食品及び料理の栄養成分表示を見るよう勧めてきたが、なかなか実践が難しいようなので、料理名から調理方法を考え選択することを本人と考えた。調理方法によってエネルギーがどう変わるかデータ集を用いて説明し、実際の献立表を見ながら一緒に検討した。そして、次回までの目標として、「料理の調理方法を意識してみよう」を設定した。前回の目標であった「かける調味料」については、時々意識できたようだった。

6回目は、本人と一緒にこれまで立てた目標を一つずつ復習し、今後も引き続き意識するよう勧めた。今回は、本人から最近行った健康診断結果について相談があり、メタボリックシンドロームについて説明を行った。健康診断結果は、ほとんど正常であったが、BMIが高く、メタボリックシンドローム予備軍となっていたため本人も心配になっているようであった。

<モニタリング>

指導日に毎回体重測定を行ったところ、約4ヶ月間に体重増加はなく、少しずつ体重減少し、BMI27.7からBMI26.9となっていた。BMIから中リスクとした。

<評価>

目標体重までの減量には至っていないが、少しずつ体重減少していた。減塩を含め、指導毎に設定した目標を気にするなど意識していることは感じられた。

<まとめ>

この度の調査に参加させていただくにあたり、知的障害者の方への栄養指導は初めての経験だったため、対象者とのコミュニケーションや伝達が上手くできるか不安であった。しかし、実際に訪問してみると、こちらの話を真剣に聞いてくださり、時には疑問点や不安な点を質問して下さることもあり、とても有意義な話し合いを行うことが出来た。これまで積み上げてきた食事に対する考え方や嗜好、食習慣を変えることはすぐには難しいが、知識が増えるにつれて自分の食事について少しずつ考えるようになっていくことが感じられた。一回の訪問は15分～20分という短い時間であったが、相手にも負担とならず楽しく話し合いが行えるちょうど良い時間だった。

今回の期間では目標とした体重減少には至らなかったが、この度の指導によって食事の大切さを意識し、食事の選択等に役立てていただけたとうれしく思う。

調布市社会福祉事業団 なごみ
管理栄養士 小澤 直呼

栄養スクリーニング

記入者氏名 小澤 直呼 作成年月日 23 年 12 月 7 日

氏名	(ふりがな) 21301041	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 37 年 3 月 31 日	併存症		
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()		
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他()	特記事項		

栄養状態のリスクのレベル

実施日	23 年 12 月 7 日	24 年 3 月 30 日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	161.7 cm	161.7 cm	cm	cm
体重 (kg)	72.5 kg	70.4 kg	kg	kg
肥満度* [BMI]	27.7	26.9		
	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	2 ヶ月に 4.3 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	4 ヶ月に 2.9 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減
	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)
	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容：普通食	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容：普通食	主食 % } 平均 % 副食 % } % 内容：	主食 % } 平均 % 副食 % } % 内容：
	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡
	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
		身体障害	やせ 11.5~16未満 肥満 24.5~28.5未満	やせ 11.5未満 肥満 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上
思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上	
体重変化率	変化なし (増減：3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上	
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養		
褥瘡			褥瘡	

***大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008、p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	21301041	記入者	小澤 直呼
身体状況、栄養・食事に 関する意向	仕事を続けながらグループホームで健康に暮らしたい。	家族構成と キーパーソン	本人 一世話人

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		2011年12月7日	平成23年12月26日	平成24年2月6日
身体計測等	体重 (kg)	72.5 (kg)	70.8 (kg)	71.3 (kg)
	肥満度 ¹⁾	27.7	27.0	27.3
	3%以上の体重変化	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3.5kg/1ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1.7kg/1ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (0.5kg/1ヶ月)
	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)
その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）		()	()	()
食生活状況	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[] % ()	[] % ()	[] % ()
必要栄養量 (エネルギー・たんぱく質など)	エネルギー 2100kcal タンパク質 80g	エネルギー 2100kcal タンパク質 81g	エネルギー 2100kcal タンパク質 82g	
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (肉料理・揚げ物・麺類を好む)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (肉料理・揚げ物・麺類を好む)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (肉料理・揚げ物・麺類を好む)	
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・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	てんかん薬	てんかん薬	てんかん薬
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 体重増加 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 体重減少だが、BMIは高い }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 体重減少だが、BMIは高い }
	② 食生活状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	③ 食行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	④ 身体症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から []へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	21301041	記入者	小澤 直呼
身体状況、栄養・食事に関する意向	仕事を続けながらグループホームで健康に暮らしたい。	家族構成とキーパーソン	本人 一世話人

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		2012年3月28日			
身体計測等	体重 (kg)	70.4 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)
	肥満度 ¹⁾	26.9			
	3%以上の体重変化	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (0.9kg/ 1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)
	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)
その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）		()	()	()	()
食生活状況等	栄養補給の状況 ²⁾	[1] 100 %	[] %	[] %	[] %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[] %	[] %	[] %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[] %	[] %	[] %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[] %	[] %	[] %
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[] % ()	[] % ()	[] % ()	[] % ()
必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 2100kcal たんぱく質 80g	kcal g	kcal g	kcal g	
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (肉料理・揚げ物・麺類を好む)	<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・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	
	特記事項	てんかん薬			
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (体重増加ないがBMI高い)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	② 食生活状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	③ 食行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	④ 身体症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
評価・判定	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない		

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書

氏名	21301041 殿	入所日	年 月 日
作成者	小澤 直呼	初回作成日	23 年 12 月 7 日
利用者 または 家族の意向	仕事を続けながらグループホームで健康に暮らしたい。	作成（変更）日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） 肥満の改善 食塩摂取量を減らす	サイン	
長期目標と期間	体重を1ヶ月に1kg減らすことにより7ヶ月で7kg減量する。（BMI25） 食塩摂取量を減らし、生活習慣病を予防する。	続柄	

短期目標と期間	栄養ケア (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)	担当者	頻度	期間
食べるエネルギー量を意識する。	栄養成分表示を確認する。	本人	毎日	3ヶ月
偏りなく食事を選択できる。	肉料理や揚げ物に偏らずに献立を選択する。	本人	毎日	3ヶ月
	食習慣指導を行う。	管理栄養士	1回/2週	3ヶ月
減塩習慣を身につける。	かける調味料の量を減らす。	本人	毎日	3ヶ月
	麺料理の回数を減らし汁を残す。	本人	毎日	3ヶ月
	減塩指導を行い、食塩摂取状況を確認する。	管理栄養士	1回/2週	3ヶ月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
23	12	26	食習慣指導を行う。麺類摂取時の減塩について指導する。
24	1	23	食習慣指導を行う。栄養成分表示を見ることで食品のエネルギーを意識する。
24	2	6	食習慣指導を行う。昼食時の料理の選択について指導する。
24	2	20	食習慣指導を行う。各種調味料の食塩相当量を知る。
24	3	12	食習慣指導を行う。日頃食べている料理の調理方法と調理方法でエネルギーが変わることを知る。
24	3	28	食習慣指導を行う。健康診断結果の説明を行う。（メタボリックシンドロームについて）

食習慣指導報告書（1）回目

ID	21301041	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 23 年 12 月 26 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()	
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果活用内容	『一般基本編』の信号の色を用いてBDHQの結果を説明する。 BMIが「肥満(1度)」にあることから、『太りすぎ・やせすぎ』を用いて肥満度とエネルギー摂取量の関係について説明し、「ふつう体重」を目指して食習慣指導を行うことに同意を得る。 減らしたい体重の目標を1ヶ月1kg(230kcal/日)、7ヶ月で7kgとした。 塩分と脂肪摂取を中心に2週間に1つ目標を設定し一つひとつクリアしていくことにする。							
補助カードの活用内容	1-⑮ 日常生活でエネルギー消費量を増やすことを指導する。 (普段は片道15分程度自転車通勤を週5日と仕事をするのみで、特別な運動はしていないが、以前、会社の健康診断で運動を増やすように言われたことから意識はしている。) 8-⑦ 麺類の汁を飲む量によって塩分量が大きく変わること、麺そのものにも塩分が含まれていることを指導する。 麺類が好きで、昼食に麺類を食べることが多いため、次の指導までの目標として、「麺類の塩分に気をつけよう、食べる回数と汁を飲む量を意識しよう。」とした。							

個人補助カード以外の結果帳票と																																																																																																																									
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 指導内容の理解度を確認する </td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> その他の意見 </td> </tr> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> </td> </tr> </table>	指導内容の理解度を確認する	その他の意見	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>																																																																																																								
指導内容の理解度を確認する	その他の意見																																																																																																																								
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>																																																																																																												
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

食習慣指導報告書（2）回目

ID	21301041	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 23 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容	『太りすぎ・やせすぎ』を用いて、肥満度とエネルギー摂取量の関係について再度確認した。 1ヶ月に1kgの減量目標のためには、1日に230kcalのエネルギー摂取量を減らす必要があることを説明する。 『太りすぎ』を用いて、自然にエネルギー摂取量を減らすために3つのポイントを意識してみるよう指導する。							
補助カードの活用内容								

個人補助結果帳票と	の指導内容	<p>市販食品の栄養価について、写真を用いて1日230kcalの目安を示した。 甘い菓子を好み、特にミルクチョコレートを食べるとのことだったため、ミルクチョコレートのエネルギーを写真で示し、今まで食べていた量からどのくらいの量にしたいか一緒に考える。 選択のポイントとなる社員食堂での昼食や嗜好品の選択時に栄養成分表示(エネルギー、塩分)を確認し食べ物のエネルギーを意識することを次回までの目標とした。</p>																																																																																																																																							
前回の指導内容の確認(項目の該当欄に☑を入れる)	欄に☑を入れる	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>																<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																																								
前回の指導内容の確認(該当欄に☑を入れる)	(該当欄に☑を入れる)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																						
指導内容の理解度を確認する		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>対象者本人の理解度</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</p> <p><input type="checkbox"/> 少し理解している</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p> <p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p> <p><input type="checkbox"/> 理解していない</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>本人以外の理解度</p> <p><input type="checkbox"/> 理解している</p> <p><input type="checkbox"/> 少し理解している</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p> <p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p> <p><input type="checkbox"/> 理解していない</p> </td> </tr> </table>																<p>対象者本人の理解度</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</p> <p><input type="checkbox"/> 少し理解している</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p> <p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p> <p><input type="checkbox"/> 理解していない</p>	<p>本人以外の理解度</p> <p><input type="checkbox"/> 理解している</p> <p><input type="checkbox"/> 少し理解している</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p> <p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p> <p><input type="checkbox"/> 理解していない</p>																																																																																																																						
<p>対象者本人の理解度</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 理解している</p> <p><input type="checkbox"/> 少し理解している</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p> <p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p> <p><input type="checkbox"/> 理解していない</p>	<p>本人以外の理解度</p> <p><input type="checkbox"/> 理解している</p> <p><input type="checkbox"/> 少し理解している</p> <p><input type="checkbox"/> わからない</p> <p><input type="checkbox"/> あまり理解していない</p> <p><input type="checkbox"/> 理解していない</p>																																																																																																																																								
		<p style="text-align: center;">その他の意見</p> <p>前回の目標であった「麺類の塩分」については、2週間のうちで麺類を1回しか食べず、汁も半分残したとのことで、実行できている。また、昼食後、コーヒーをおかわり自由で飲むことができるが、1回目はミルクと砂糖を入れ、2回目以降はミルクのみにしていると話がある。食事について意識するようになっている。</p>																																																																																																																																							

食習慣指導報告書（3）回目

ID	21301041	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 6 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の着眼点	『太りすぎ』の結果帳票の「エネルギーをどの食品からとっているかをみてみましょう」のグラフを用いて、豆類と魚介類の摂取量が少ないことを説明した。 さらに『脂肪摂取量が多い』の「脂肪の上手なとり方」の部分から脂肪の質について説明し、この点からも豆類と魚介類の摂取量を増やす意義を示した。 次回までの目標として、「食品の種類を意識して、豆類と魚介類を積極的に食べよう。」とした。							
補助カードの着眼点								

個人補助結果帳票と	の指導内容	<p>社員食堂の昼食は、3つの定食メニューからの選択によりそれぞれメインの料理とメニュー全体のエネルギーが1ヶ月分表になっている。1ヶ月分の献立表をみながら選び方を指導した。</p> <p>前回の指導、目標であった栄養成分表示を見ることについて、あまり表示を見る機会がなかったということであった。しかし、前回にチョコレートのエネルギーについて一緒に考えたことから、バレンタインデーにチョコレートを沢山食べてしまったことが気になっていたと話す。指導内容を意識していることがうかがえた。</p>																																																																																																																																						
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>																<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																																						
<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																																							
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																					
指導内容の理解度を確認する								その他の意見																																																																																																																																
対象者本人の理解度				本人以外の理解度				<p>本人が選択する食事は昼食と外食だが、社員食堂の昼食は選択肢があまりないことが分かったが、本人の意識を高めることを目標に指導したい。</p> <p>社員食堂の食事では、スパゲッティにもご飯がつき、いつも全量摂取しているが、おかわりはしていない。</p>																																																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																																							

食習慣指導報告書（4）回目

ID	21301041	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 20 日																																																																																																																										
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他(分)																																																																																																																															
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()																																																																																																																															
選択した個人結果	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>一般基本編(信号の色)</td> <td><input type="checkbox"/>食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/>高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/>骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/>太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/>カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/>鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/>食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/>カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/>飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/>脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/>コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/>1-①</td><td><input type="checkbox"/>1-②</td><td><input type="checkbox"/>1-③</td><td><input type="checkbox"/>1-④</td><td><input type="checkbox"/>1-⑤</td><td><input type="checkbox"/>1-⑥</td><td><input type="checkbox"/>1-⑦</td><td><input type="checkbox"/>1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>1-⑨</td><td><input type="checkbox"/>1-⑩</td><td><input type="checkbox"/>1-⑪</td><td><input type="checkbox"/>1-⑫</td><td><input type="checkbox"/>1-⑬</td><td><input type="checkbox"/>1-⑭</td><td><input type="checkbox"/>1-⑮</td><td><input type="checkbox"/>1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>2-①</td><td><input type="checkbox"/>3-①</td><td><input type="checkbox"/>3-②</td><td><input type="checkbox"/>3-③</td><td><input type="checkbox"/>3-④</td><td><input type="checkbox"/>3-⑤</td><td><input type="checkbox"/>3-⑥</td><td><input type="checkbox"/>4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>4-②</td><td><input type="checkbox"/>4-③</td><td><input type="checkbox"/>4-④</td><td><input type="checkbox"/>4-⑤</td><td><input type="checkbox"/>4-⑥</td><td><input type="checkbox"/>4-⑦</td><td><input type="checkbox"/>4-⑧</td><td><input type="checkbox"/>4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>5-①</td><td><input type="checkbox"/>5-②</td><td><input type="checkbox"/>5-③</td><td><input type="checkbox"/>5-④</td><td><input type="checkbox"/>5-⑤</td><td><input type="checkbox"/>5-⑥</td><td><input type="checkbox"/>5-⑦</td><td><input type="checkbox"/>5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>5-⑨</td><td><input type="checkbox"/>6-①</td><td><input type="checkbox"/>6-②</td><td><input type="checkbox"/>6-③</td><td><input type="checkbox"/>6-④</td><td><input type="checkbox"/>6-⑤</td><td><input type="checkbox"/>6-⑥</td><td><input type="checkbox"/>6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>6-⑧</td><td><input type="checkbox"/>6-⑨</td><td><input type="checkbox"/>6-⑩</td><td><input type="checkbox"/>6-⑪</td><td><input type="checkbox"/>6-⑫</td><td><input type="checkbox"/>7-①</td><td><input type="checkbox"/>7-②</td><td><input type="checkbox"/>7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>7-④</td><td><input type="checkbox"/>7-⑤</td><td><input type="checkbox"/>7-⑥</td><td><input type="checkbox"/>7-⑦</td><td><input type="checkbox"/>7-⑧</td><td><input type="checkbox"/>7-⑨</td><td><input type="checkbox"/>7-⑩</td><td><input type="checkbox"/>7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>7-⑫</td><td><input type="checkbox"/>7-⑬</td><td><input type="checkbox"/>7-⑭</td><td><input type="checkbox"/>7-⑮</td><td><input type="checkbox"/>7-⑯</td><td><input type="checkbox"/>7-⑰</td><td><input type="checkbox"/>7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>8-①</td><td><input type="checkbox"/>8-②</td><td><input type="checkbox"/>8-③</td><td><input type="checkbox"/>8-④</td><td><input type="checkbox"/>8-⑤</td><td><input type="checkbox"/>8-⑥</td><td><input type="checkbox"/>8-⑦</td><td><input type="checkbox"/>8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>8-⑨</td><td><input type="checkbox"/>8-⑩</td><td><input type="checkbox"/>8-⑪</td><td><input type="checkbox"/>8-⑫</td><td><input type="checkbox"/>8-⑬</td><td><input type="checkbox"/>8-⑭</td><td><input type="checkbox"/>8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>9-①</td><td><input type="checkbox"/>9-②</td><td><input type="checkbox"/>9-③</td><td><input type="checkbox"/>9-④</td><td><input type="checkbox"/>9-⑤</td><td><input type="checkbox"/>9-⑥</td><td><input type="checkbox"/>9-⑦</td><td><input type="checkbox"/>9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>10-①</td><td><input type="checkbox"/>10-②</td><td><input type="checkbox"/>10-③</td><td><input type="checkbox"/>10-④</td><td><input type="checkbox"/>10-⑤</td><td><input type="checkbox"/>10-⑥</td><td><input type="checkbox"/>10-⑦</td><td><input type="checkbox"/>10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>10-⑨</td><td><input type="checkbox"/>11-①</td><td><input type="checkbox"/>11-②</td><td><input type="checkbox"/>11-③</td><td><input type="checkbox"/>11-④</td><td><input type="checkbox"/>11-⑤</td><td><input type="checkbox"/>11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/>12-①</td><td><input type="checkbox"/>12-②</td><td><input type="checkbox"/>12-③</td><td><input type="checkbox"/>12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<p>『食塩摂取量が多い』 「1回に食べる平均的な量にどのくらい食塩が入っているでしょうか」の表を用いて、特に調味料の食塩について説明した。また、一日あたりの望ましい食塩摂取量を示し、調味料の塩分がどれくらい占めるかを示した。自身が調整できるかけ醤油について、「かける」から「つける」へ、素材の味を楽しむ食べ方を指導する。 次回までの目標として、「調味料の塩分とエネルギーを意識してみよう。」とした。</p>																																																																																																																															
補助カードの活用内容と着眼点																																																																																																																																

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容	前回の目標であった「食品の種類を意識して豆類や魚介類を積極的に食べよう。」は、昼食選択時にはあまり実践できなかったとのことだったが、最近、飲み会が多く、揚げ物などを食べてしまうことが気になっていると話す。大切なことは、食べすぎてしまったら前後で調整するなど1食ではなく長期的な食事のバランスを保つよう、意識することで、無理せず少しづつ気をつけてみるよう指導する。										
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い								
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 12-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 11-④ 	<input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 11-⑤ 	<input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 11-⑥ 	<input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 11-⑥ 			
指導内容の理解度を確認する 対象者本人の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない				本人以外の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない				その他の意見 1回目の指導時から毎回体重測定を行っている。大きな変化はないが、増加はしていない。本人も体重を気にするようになり、意識が高まっていることが感じられる。			

食習慣指導報告書（5）回目

ID	21301041	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 12 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)	
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()	
帳票の欄に 選択した個人結果 名称(該当)を入れる	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症					
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ					
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足						
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足						
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い						
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号 (該当欄に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
	個人結果帳票の 活用内容と 着眼点							
補助カードの 活用内容と 着眼点								

個人補助結果帳票と	の指導内容以外	<p>これまで、食品や料理の選択の際にエネルギーは塩分について、表示をみることを指導してきたが、表示がない場合の食品や料理の選択について今回は指導した。料理名から調理方法を知り、選択に役立てることを目的に、調理方法によってエネルギーがどう変わるか「調理のためにベーシックデータ」(女子栄養大学出版部)の表を用いて指導した。</p> <p>昼食の選択献立を一緒にみながら調理方法とエネルギーを確認した。次回までの目標として、「料理の調理方法を意識して料理を選択しよう。」とした。</p>																																																																																																																															
前回の指導内容の確認(項目の該当欄に☑を入れる)		<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																													
		<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																														
前回の指導内容の確認(該当欄に☑を入れる)		<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④												
指導内容の理解度を確認する										その他の意見																																																																																																																							
対象者本人の理解度					本人以外の理解度																																																																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している					<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 少し理解している					<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> わからない					<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> あまり理解していない					<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 理解していない					<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																												

食習慣指導報告書（6）回目

ID	21301041	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 28 日			
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他(分)								
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()								
帳票欄に 選択した 個人結果 欄の名称 (該当 個人結果 欄に 記入する)	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い								
	選択した 補助カードの 番号 (該当欄に 記入する)	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果 帳票の 活用内容 と 着眼点									
補助カードの 活用内容 と 着眼点									

個人 補助 結果 帳票 と 以外	これまで指導毎に設定した目標を振り返り、継続することを勧めた。 また、本人が最近行った健康診断の結果を持参され、判定欄の「メタボリックシンドローム予備軍」とあり、その意味がわからないので教えて欲しいと希望があったため、メタボリックシンドロームについて説明した。															
前 回 の 指 導 内 容 の 確 認 （ <input checked="" type="checkbox"/> を 入 れ る ）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ					
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足					
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
前 回 の 指 導 内 容 の 確 認 （ 該 当 欄 に <input checked="" type="checkbox"/> を 入 れ る ）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④												
指導内容の理解度を確認する								その他の意見								
対象者本人の理解度				本人以外の理解度				指導毎の目標によって意識が高まり、実践できたことはある。少しずつ繰り返し知識を増やしていくことで改善につながる可能性を感じた。								
<input checked="" type="checkbox"/> 理解している				<input type="checkbox"/> 理解している												
<input type="checkbox"/> 少し理解している				<input type="checkbox"/> 少し理解している												
<input type="checkbox"/> わからない				<input type="checkbox"/> わからない												
<input type="checkbox"/> あまり理解していない				<input type="checkbox"/> あまり理解していない												
<input type="checkbox"/> 理解していない				<input type="checkbox"/> 理解していない												

<事例紹介 7>

年齢：40歳	性別：男性	
身長：166.6cm	体重：61.0kg	BMI：22
障害程度区分：区分4	主障害：知的障害	
主障害の原因疾患：てんかん		併存症：なし
特記事項：自閉傾向 4歳の時にてんかんを発症し現在服薬なし		

<スクリーニング>

12月末から5日間自宅へ正月帰省し、体重61kgと増加した。12月の体重（平常時体重）57kgと比較すると7%の増加率となっているが、BMI22であることから栄養状態のリスクを低リスクとした。

<アセスメント>

週3日は鉄工所へ通勤し、出来上がった製品を運ぶ作業をしている。通勤は徒歩とバスで約20分程度かかる。通勤しない日は自宅でテレビを見るなどゆったりとした時間を過ごすことが多い。毎日の食事はのうち朝・夕は世話人が作ったものを食べているが、通勤した日の昼食は会社に配達してくれる業者の弁当を食べており、通勤しない平日のお昼はコンビニ等で弁当を購入して食べている。

体重は年末年始の帰省5日間で4kg増加し、現在61kgとなっている。食生活の状況としては好き嫌いがなく、出された物を残すことはない。おいしいものをたくさん食べたいという希望がある。自閉傾向があり、自宅へ帰省されると決まった日課で過ごされ、父と2人暮らしということもあり、本人が決めている飲食店で外食をする事が多い。

会話は難しい面もあるが、オウム返しをする言葉のやり取りや表情や行動などから互いのコミュニケーションを深めることができる。

疾病は、4歳の時てんかんが発症したとの記述があるが、途中経過は不明で通勤寮利用当時から服薬はなく、年に1度の健康診断においても問題はない状態である。

<ケア計画>

本人の意向は「おいしいものをたくさん食べたい」、家族の意向は「健康に過ごして欲しい」であった。したがって、解決したい課題は、生活習慣病を予防することである。

長期目標は、「食事を楽しみながら健康に楽しく生活する」こととした。

短期目標は、①適切な栄養補給 ②食塩摂取量を8g未満に近づける ③食事を楽しむこととした。

- ① 栄養補給量をエネルギー2400kcal/日、たんぱく質90g/日とし、昼食を含めた食事摂取量を把握すること。定期的に体重を測定して増減を確認することとした。
- ② 食塩摂取量を8g未満に近づけるために、摂取量の多かった漬物を中心に、毎日おかわりして摂取している汁物の量と回数を減らすこと、食塩を多く含む食品の量を控えることとした。
- ③ 食事を伴う行事に積極的に参加して楽しい時間を過ごすこと。食事の時間は、楽しい

話題で会話をしながら、ゆったりと食事ができる環境をつくることとした。

<食習慣指導内容>

1 回目、BDHQ（簡易型自記式食事歴法質問票）の個人結果帳票から信号の色が赤と黄色だったそれぞれの内容について簡単に説明し、信号の色が赤色であった「食塩の取り過ぎ」について指導した。食塩摂取量は 12.5g であり、平均的な日本人と比べて野菜とその他の摂取量が多いという結果であったが、BDHQ に調味料をよく使うと答えていることから、まず食卓にある調味料の食塩が理解できるように補助カードを使用して説明する。食卓に調味料を置いておくと料理の味に関わらず必ず使用してしまうことが多いため、食卓に置かないこととし、使用したいときに申し出ていただくようにしているとのことなので、継続して実行することをお願いする。また、麺類の汁を全部飲んでおり、朝食の味噌汁は必ず 2 杯飲んでいることから、補助カードを使用して麺の汁に含まれている食塩の量とみそ汁の食塩量を説明し、麺の汁は飲まないこと、みそ汁の回数を減らすことを提案する。しかし、自閉傾向があるためか麺類については汁を飲み干して器が空にならないと納得できない。そこで、麺類や味噌汁の汁量を 7 分目にするのを世話人さんと相談して試行することにした。

2 回目、対象者の状況を聞きながら世話人さんに指導することとした。1 回目の確認として、減塩について補助カードを使用して説明する。食卓で使用する調味料の食塩の量を再確認する。また、付け合わせに生野菜がある場合は、どのような調味料をかけているか質問すると、今は何もかけずに食べているとのことだったが、サラダにかける調味料の食塩の量についても説明した。味噌汁の量を器の 7 分目に変えたことについては受け入れられているので継続とすることにした。

3 回目、世話人に再度、BDHQ の結果から信号の色が赤だった食塩について説明し、味噌汁は 1 杯になるよう、本人の状態を見守りながら調理する量を減らしておかわりができないようにした。摂取量の多かった漬物と肉の加工品類の食塩量について補助カードを用いて説明し、献立に使用する回数もしくは使用量を減らすよう指導する。会社で食べている弁当に漬物が入っており、本人は弁当の中身を残すということができないため、漬物を食べないということが難しいことから、ケアホームでは既成の漬物を控えるか塩を控えた浅漬けにすることにした。肉の加工品であるウインナーソーセージやハムにも食塩が含まれていることを補助カードで説明した。

4 回目、取り組みの現状を確認する。味噌汁は 1 杯程度の摂取で混乱は生じていないこと、肉類の加工品の使用量は 1~2 回/週程度になったことを聞く。減塩に対する取組が出来ているので、信号が黄色であった「脂肪の取り過ぎ」を中心に説明した。どのような食品に脂肪が多く含まれているのかと調理方法による脂肪量の違いを補助カードで説明した。揚げ物が昼食の弁当に必ず入っていることから、ケアホームでの調理方法はなるべく揚げ物より焼き物にすること。牛乳については普通牛乳より加工乳（低脂肪）に変えるよう提案したが、毎日牛乳が配達されるのを本人が楽しみにされていること、配達業者は加工乳（低脂肪）の取り扱いが出来ないことから牛乳は変更しないこととした。また、最近食卓に醤油を置いて欲しいと他の利用者から要望があったので、容器に 30cc（1 人 10cc）入れて様子を見ているとのことだが、使用する量や回数は、指導前より少

なくなってきたと世話人から報告があった。

5回目、個人結果帳票の黄色い信号の脂肪摂取量を提示し、復習を兼ねて説明する。また、補助カードを使用して食品による脂肪量の違いや同じ食品でも部位や調理方法によって脂肪量が異なることを説明し、脂肪量の少ない料理を取り入れるように提案した。世話人より昼食の弁当の内容を確認していることを聞き、適切な食事提供に興味を持っていただき嬉しく感じていること、食事は単に制限するという考え方でなく、楽しみながら健康に繋がるような食事を提供することがポイントであることを話す。

6回目、生活習慣病予防の面から飽和脂肪酸の摂取量が増加傾向にならないように、補助カードを使用して油や魚の種類、肉の種類や部位により飽和脂肪酸の含まれている量が異なること、肉は調理方法により脂質の減少率が異なること、飽和脂肪酸は肉より魚のほうが少ないことなどについて説明した。

<モニタリング>

1か月後(2月9日)、正月帰省で増加していた体重は、通常の日課に戻ると徐々に減少し、59.0kgとなるが、平常時体重と比較するとまだ増加した状態である。食事摂取量は全量摂取しているが過食等なく安定している。自閉傾向により今までの生活習慣を極端に変更していくことが難しいため、受け入れが可能と思える方法を世話人と相談して実施している。

2か月後(3月9日)、体重は57.0kgで平常時の体重に戻る。食塩摂取量の改善として取り組んだ味噌汁は、指導開始前の1日2杯程度から1日1杯程度に変更したが、そのことについては受け入れられ、満足されているようである。かけ醤油については、時々使用されることがあるようだが、容器に入れる量を少なくしているためか以前使用されていた量より少なくなっている。脂肪の摂取量については、調理方法や使用する量・回数、食品の部位などを考えて献立を準備するようになっている。

<評価>

正月の帰省後、通常の生活に戻り、グループホームの食事になることで、適切な栄養補給量になり、体重は平常時体重となった。減塩については、必ずおかわりしていた味噌汁が1杯となり、かけ醤油の量が減るなど行動変容が見られた。調理をする世話人は、食塩や脂肪について、昼食内容を把握し、朝食や夕食における食品の選択や調理方法等で配慮するようになっている。また、食事を伴う行事に参加し食事を楽しまれている。

<まとめ>

自閉傾向が見られるため、環境の変化に対応できにくいこともあり、食習慣指導することに懸念をいただいていたが、世話人の協力を得ながら働きかけを継続することで、指導する側の思いが少しずつ通じていることが感じられた。今後も食事を楽しみながら健康に過ごせるよう、支援を継続していきたい。

社会福祉法人創樹会 福山六方学園
管理栄養士 佐藤 香

栄養スクリーニング

記入者氏名 佐藤 香 作成年月日 24年 1月 12日

氏名	(ふりがな) 23401011	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 46年 12月 7日		併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害			
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input checked="" type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他()		特記事項	自閉傾向

栄養状態のリスクのレベル

実施日	24年 1月 12日	24年 3月 22日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	166.6 cm	166.6 cm	cm	cm
体重 (kg)	61.0 kg	57.5 kg	kg	kg
肥満度* [BMI]	22.0 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	20.7 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	1ヶ月に 7.0 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3ヶ月に 5.7 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容：普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 100 % } 平均 % 副食 100 % } 100 % 内容：普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } % 内容： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } % 内容： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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	
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	19~26未満	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
		身体障害	16~24.5未満	やせ 11.5~16未満 肥満 24.5~28.5未満	やせ 11.5未満 肥満 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上	
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上	
思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上		
体重変化率	変化なし (増減：3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上		
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養			
褥瘡			褥瘡		

***大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008、p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	23401011	記入者	佐藤 香
身体状況、栄養・食事に関する意向	健康に過ごして欲しい。（父） おいしいものを沢山食べたい。（本人）	家族構成とキーパーソン	本人 一父

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		24年 1月 12日	24年 1月 25日	24年 2月 9日
身体計測等	体重 (kg)	61.0 (kg)	60.0 (kg)	59.0 (kg)
	肥満度 (BMI)	22.0	21.6	21.3
	3%以上の体重変化	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4kg/ 1ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2kg/ 1ヶ月)
	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)
	その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）	()	()	()
食生活状況等	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[()] %	[()] %	[()] %
必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 2400kcal タンパク質 90g	エネルギー 2400kcal タンパク質 90g	エネルギー 2400kcal タンパク質 90g	
食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" 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）	PM8 コーヒーに砂糖・クリームを必ず入れる 朝の汁は2杯摂取	PM8 コーヒーに砂糖・クリームを必ず入れる 朝の汁は2杯摂取	PM8 コーヒーに砂糖・クリームを必ず入れる 朝の汁は2杯摂取	
多職種による栄養ケアの課題	低栄養・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	決まった生活習慣を変えることが難しい	決まった生活習慣を変えることが難しい	決まった生活習慣を変えることが難しい
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 1ヶ月に7%増加 }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 通常体重に近づく }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 通常体重に近づく }
	② 食生活状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 帰宅時外食が多い }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 早食い }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 早食い }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 早食い }
	④ 身体症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	⑤ その他	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 自閉傾向 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 自閉傾向 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 自閉傾向 }
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

1) 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

2) [1 : 良 2 : 不良] の中から []へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養アセスメント・モニタリング

利用者名	23401011	記入者	佐藤 香
身体状況、栄養・食事に 関する意向	健康に過ごして欲しい。（父） おいしいものを沢山食べたい。（本人）	家族構成と キーパーソン	本人 一父

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		24年 2月 24日	24年 3月 9日	24年 3月 22日
身体計測等	体重 (kg)	56.5 (kg)	57.0 (kg)	57.5 (kg)
	肥満度 (BMI)	20.4	20.5	20.7
	3%以上の体重変化	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3.5kg/ 1ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)
	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)
	その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）	()	()	()
食生活状況等	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 100 %	[1] 100 %
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[()] %	[()] %	[()] %
必要栄養量等	必要栄養量 （エネルギー・たんぱく質など）	エネルギー 2400kcal タンパク質 90g	エネルギー 2400kcal タンパク質 90g	エネルギー 2400kcal タンパク質 90g
	食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" 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）	PM8 コーヒーに砂糖・クリープを必ず入れる 朝の汁が1杯となる	PM8 コーヒーに砂糖・クリープを必ず入れる	PM8 コーヒーに砂糖・クリープを必ず入れる
多職種による栄養ケアの課題	低栄養・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	決まった生活習慣を変えることが難しい	決まった生活習慣を変えることが難しい	決まった生活習慣を変えることが難しい
問題点	① 身体計測等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 体重が落ちつく }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 体重安定 }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { 体重安定 }
	② 食生活状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 早食い }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 早食い }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 早食い }
	④ 身体症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { }
	⑤ その他	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 自閉傾向 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 自閉傾向 }	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { 自閉傾向 }
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

1) 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

2) [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書

氏名	23401011 殿	入所日	年 月 日
作成者	佐藤 香	初回作成日	24年 1月 12日
利用者 または 家族の意向	健康に過ごして欲しい(父) おいしいものを沢山食べたい(本人)	作成(変更)日	年 月 日
		説明と同意日	24年 1月 12日
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養状態のリスク (<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高) 生活習慣病を予防する	サイン	
長期目標と期間	食事を楽しみながら健康に楽しく生活する	続柄	

短期目標と期間	栄養ケア (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)	担当者	頻度	期間
適切な栄養補給	エネルギー2400kcal、たんぱく質90gとし、食事を提供する。 昼食を含め、食事摂取量を把握する。 体重を測定する。 食事アセスメントに基づき食習慣指導を行う。	世話人 世話人 世話人 管理栄養士	毎日 毎日 1回/2週 1回/2週	3か月 3か月 3か月 3か月
食塩摂取量を8g未満に近づける	汁物の汁を少なくし、具の量を多くする。(1杯/日にしていく) 減塩の食事指導を行う。 食塩を多く含む食品の使用を控える。	世話人 管理栄養士 世話人	毎日 毎日	3か月 3か月
食事を楽しむ	食事を伴う交流行事への参加を積極的に勧める。 楽しい話題で会話をし、ゆったり食事ができる環境をつくる。	世話人 世話人	随時 毎日	3か月 3か月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
24	1	12	推定必要エネルギー量については、仕事の内容、通勤方法等から身体活動レベルを1.75とし算出した。 ----- 食塩摂取について、毎朝2杯汁物を摂取するが、汁の量を7分目にして量を減らすことから始め、段階的に減らしていく。配膳後のかけ醤油等の調味料を減らせるように食卓に調味料を置かないことにする。 ----- 年末年始の帰省で体重増加している。体重変化を観察していく。
24	1	25	ホームに戻り生活リズムが安定してくる。朝食の味噌汁は7分目が守られている。
24	2	9	汁物の具を多くし、汁の量を2杯で1杯になるようにする。 ----- ケアホームで漬物を提供しないことにする。また、昼食の内容と摂取量を把握することにする。
24	2	24	朝食の汁物は1杯で満足していただけるようになる。 ----- 昼食の弁当の内容を把握し、ホームの献立と重ならないようにする。
24	2	26	ホームの関係の行事として、地域の公民館で手打ちうどんづくりに参加し楽しい一日を過ごす。
24	3	9	食事摂取量は安定しており、落ちついて過ごされる。
24	3	22	体重は安定している。今後も情報交換をしながら食生活支援を継続していくことにする。

食習慣指導報告書（1）回目

ID	23401011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 12 日																																																																																																																										
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input checked="" type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（ 分 ）																																																																																																																															
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）																																																																																																																															
選択した個人結果	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<p>一般基本編 摂りすぎが気になる栄養素として、赤信号が食塩、黄色信号が脂肪・飽和脂肪酸・コレステロールであり、3大栄養素のバランスにおいて、脂質が多めであることを確認する。また、疾病がないことや確認する。</p> <p>食塩摂取量 生活習慣病予防として食塩摂取量について話し、食塩摂取過剰で起こりやすい高血圧症に関して、アルコールの摂取、カリウムの摂取、肥満についてあわせて話す。</p>																																																																																																																															
補助カードの活用内容と着眼点	<p>8-① 食卓にある調味料の食塩量を知っていただく。 調味料をよく使用しているということで、どんなものを使用し、その調味料にどれくらい食塩が含まれるか話す。</p> <p>8-⑥・⑦ 麺類摂取時、汁を飲む量で食塩摂取量に違いがあることを示す。 自閉傾向にあり、麺類の汁は飲みきらないといけませんが、主食となる麺料理の摂取は1回/週であることから、必ず2杯摂取する朝食の味噌汁を1杯に改善することとした。自閉傾向にあることから、急に変更せずに、味噌汁の量を7分目にして様子を見ることとする。</p>																																																																																																																															

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容	体重測定結果を観察していくことを世話人に指導する。 年末年始を自宅で過ごされたことで体重が4kg増加している。生活環境の変化によって体重増加したものであると思われるため、経過を見ていくこととする。																																																																																																																
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																														
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④
指導内容の理解度を確認する										その他の意見																																																																																																							
対象者本人の理解度					本人以外の理解度					本人に味噌汁の量を減らすことを話すとパニックになることも考えられるため、世話人がさりげなく取り組んでみることになる。																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 理解している					<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 少し理解している					<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> わからない					<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																												
<input type="checkbox"/> あまり理解していない					<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 理解していない					<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																												

食習慣指導報告書（2）回目

ID	23401011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 1 月 25 日			
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input checked="" type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）		
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）		
選択した個人結果 帳票の名称（該当欄に☑を入れる）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症						
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ						
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足						
	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足						
	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い						
	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号 （該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		
	<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input checked="" type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
	個人結果帳票の 活用内容と 着眼点	「食塩摂取量が多い」について説明する。 味噌汁の量を7分目にしたことは受け入れられている。食卓の調味料についても食卓の上に置かないようにしているため、食事の時に使用しないで食べている。							
		補助カードの 活用内容と 着眼点	8-①食卓で使う調味料の食塩量の比較を確認する。 8-②食事に生野菜サラダがあったときのためにサラダにかける調味料の食塩量について説明する。						

個人 補助 結果 帳票と の 指 導 内 容	体重測定結果の確認を継続する。ホームの生活に戻って体重は減少しているが、変動状況を観察していく。																																																																																																																
前 回 の 指 導 内 容 の 確 認 （ 項 目 の 該 当 欄 に ☑ を 入 れ る ）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い																																																																																																	
前 回 の 指 導 内 容 の 確 認 （ 該 当 欄 に ☑ を 入 れ る ）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④
指導内容の理解度を確認する												その他の意見																																																																																																					
対象者本人の理解度						本人以外の理解度																																																																																																											
<input type="checkbox"/> 理解している						<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している						<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																											
<input type="checkbox"/> わからない						<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																											
<input type="checkbox"/> あまり理解していない						<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																											
<input type="checkbox"/> 理解していない						<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																											

食習慣指導報告書（3）回目

ID	23401011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 9 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）	
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）	
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の着眼点	「一般基本編」を再度確認する。 「食塩摂取量が多い」を説明する。 漬物と肉類の加工品の摂取が多い。漬物は会社の弁当に入っており残すことは難しいことから、ホームでは漬物を控えることにする。							
補助カードの着眼点	8-⑨漬物の食塩量の比較 どんな漬物に多く食塩が含まれるか知ってもらおう。 8-⑬肉の加工品の食塩量の比較 食塩量に大きな差はないが、どれにも食塩が含まれていることを知ってもらおう。							

個人補助結果帳票と の指導内容	会社の昼食内容やコンビニ等の弁当とホームの食事(食品、調理方法)と重ならないように、昼食の内容を把握するよう指導する。																																																																																																																															
前回の指導内容の 確認(項目の該当欄に☑を入れる)	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
前回の指導内容の確認 (該当欄に☑を入れる)	<table style="width:100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-①</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input checked="" type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/> 8-①	<input checked="" type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																												
対象者本人の理解度		本人以外の理解度																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																													

食習慣指導報告書（４）回目

ID	23401011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 2 月 24 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他(分)							
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他(世話人)							
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input checked="" type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input checked="" type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input checked="" type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容と着眼点	脂肪摂取量が多い 油を使用した調理回数と牛乳の脂肪に着目して指導する。							
補助カードの活用内容と着眼点	9-①いろいろな食品に脂肪が含まれていることを知る。 9-④揚げ物(肉・魚料理)の回数が多いことから、ホームの夕食等の献立を考えることにする。弁当は揚げ物が多いため、ホームでは焼く料理方法を取り入れることを話す。 9-⑧普通牛乳と加工乳(低脂肪)の違いを説明する。							

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容	体重の確認、日常生活の活動状況や精神面の観察をする。 体重が介入前に戻るが、「ハイテンション気味」と世話人から情報提供があり、経過観察とする。																																																																																																																															
前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																												
対象者本人の理解度		本人以外の理解度		牛乳は月～金曜日に配達してもらっており、配達に加工乳（低脂肪）がないこと、本人が配達牛乳を楽しみにしていることから、牛乳は普通牛乳を希望される。また、食卓醤油について、他利用者との兼ね合いで置くことになった。使用状況を見守っていると報告がある。醤油さしには一人当たり10mlとし、30ml入れている。																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																													

食習慣指導報告書（5）回目

ID	23401011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 9 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input checked="" type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他（ 分 ）	
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）	
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input checked="" type="checkbox"/> 9-① <input checked="" type="checkbox"/> 9-② <input checked="" type="checkbox"/> 9-③ <input checked="" type="checkbox"/> 9-④ <input checked="" type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④							
個人結果帳票の活用内容と着眼点	脂肪についてはどのような食品群の摂取量が多いかを説明し、脂肪量を減らす料理を作ることを提案する。							
補助カードの活用内容と着眼点	9-①いろいろな食品の脂肪を比較する。 9-②鶏肉の脂肪量を比較する。 9-③豚肉の脂肪量を比較する。 9-④調理方法による脂肪の変化を見る。 9-⑤ハム等の脂肪を知る。 それぞれの食品に脂肪が含まれていること、同じ食品でも部位や調理方法によって脂肪の量が異なることを知っていただく。また、満足感が得られるような工夫について説明する。							

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%; border: none;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td style="border: none;"><input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input checked="" type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input checked="" type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input checked="" type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
指導内容の理解度を確認する <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> <td style="width:50%; border: none;"> 本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない </td> </tr> </table>	対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	その他の意見 昼食の弁当の内容を確認し、卵料理や揚げ物が重ならないようにしている。介入前の体重に戻る。																																																																																																																						
対象者本人の理解度 <input type="checkbox"/> 理解している <input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない	本人以外の理解度 <input checked="" type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 少し理解している <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あまり理解していない <input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

食習慣指導報告書（6）回目

ID	23401011	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24 年 3 月 22 日																																																																																																																										
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input checked="" type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> その他（ 分 ）																																																																																																																															
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> 孫 <input checked="" type="checkbox"/> その他（世話人）																																																																																																																															
選択した個人結果	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																															
選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-①</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-②</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input checked="" type="checkbox"/> 10-①	<input checked="" type="checkbox"/> 10-②	<input checked="" type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 10-①	<input checked="" type="checkbox"/> 10-②	<input checked="" type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
個人結果帳票の活用内容と着眼点	<p>これまで使用した個人結果帳票 復習として、全て使用する。生活習慣病予防の観点から、食塩摂取量と飽和脂肪酸の摂取量が増加しないように指導する。</p>																																																																																																																															
補助カードの活用内容と着眼点	<p>10-①・②・③・⑤・⑥ 動物性食品に飽和脂肪酸が多く含まれていること、調理方法によって脂肪の量が異なることを説明する。また、肉や卵に比べて魚介類には飽和脂肪酸が少なく、不飽和脂肪酸が多いことを説明する。</p>																																																																																																																															

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の 確認（項目の該当 欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%;"><input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table style="width:100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-①</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-②</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-③</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-④</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input checked="" type="checkbox"/> 9-①	<input checked="" type="checkbox"/> 9-②	<input checked="" type="checkbox"/> 9-③	<input checked="" type="checkbox"/> 9-④	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/> 9-①	<input checked="" type="checkbox"/> 9-②	<input checked="" type="checkbox"/> 9-③	<input checked="" type="checkbox"/> 9-④	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
	その他の意見																																																																																																																								
指導内容の理解度を確認する																																																																																																																									
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

<事例紹介 8>

年齢：69 歳	男性	身長：150.7cm	体重：35.4kg	BMI：15.6kg/m ²
障害区分：2	主障害：知的障害		主障害の原因疾患：小脳症	
併存症： 高血圧、花粉症（2年前～春秋 目のかゆみ）、B型肝炎キャリアー				

<スクリーニング>

BMI15.6であるが、3ヶ月の体重変化がほとんどないこと、食事は摂れていることから、リスクレベル『中』と判断した。

体重変化率： 3ヶ月に 1.1%増

食事摂取量： 主食 100% 副食 95% 平均 98%

<アセスメント>

平日は、通所施設に通っており、カッティングシート（看板屋）部門で、椅子に座って作業をしている。グループホームでは、食事以外は自室にてテレビを見て過ごすことが多い。朝食、夕食（夕食については食材の宅配を利用し、届いた食材を調理）は、グループホームの職員が調理したものを入居者と一緒のテーブルで食べ、昼食は給食を食堂の好きな場所で食べている。朝食はご飯をあまり食べないため、小さいおにぎりを2つほど提供しているが、食べたり食べなかったりしている。夕食後に自室にて、おせんべいやドライフルーツ、ナッツなどを少量間食することがある。緑茶は好きでよく飲んでいる。日課は、4：00 起床、6：30 朝食、8：20 出勤（バス利用）、8：50 通所施設着後作業準備、9：00 作業開始、12：00 食事（施設給食）、13：00 作業開始、16：00 帰路（バス使用）、17：00 帰宅、18：30 夕食、21：00 就寝

休日は、以前は外出することもあったが、今はグループホームでテレビをみて1日を過ごすことが多い。朝食、夕食は、グループホームの職員が調理したものを入居者と一緒のテーブルで食べている。昼食は自分で近所のコンビニなどでおにぎりやパンを購入してグループホームで食べている。起床、朝食、昼食、夕食、就寝時間は、平日とほぼ変わらない。身体状況、栄養・食事に関する本人と家族の意向は、健康が一番、食塩に気を付けたいである。体重の変化は無く、食事摂取量は主食 100%、主菜 95%、副菜 95%、平均 97%となっている。

食事に関する留意事項は無く、好きな食べものはマヨネーズ、卵料理、漬物、魚、天ぷら、納豆などであり、カツのサクサク感が苦手である。禁忌は、グレープフルーツ（服薬の関係）であり、食べることへの課題は、食べ物を丸呑みすることであり、服薬の種類が多く（朝7種類、夕6種類）、生活機能の低下が懸念される。

<栄養計画>

本人または家族の意向である健康が一番であること。塩分に気を付けたいことを取り上げ、長期目標は、減塩に気をつけて血圧を下げることにした。短期目標は、①食事時に減塩に気をつける。②血圧測定の実施。③丸呑みの改善とし、必要栄養量をエネルギー1600kcal、たんぱく質60～80gとした。

＜食習慣指導内容＞

1回目は、BDHQの個人結果帳票を用いて簡単に説明した。不足が気になる栄養素はすべて青であり、よい結果であることを伝えた。そして、改善する必要があるところは、赤信号の食塩の取りすぎと脂肪の取りすぎ、やせていることであることを伝えた。その内容は、食塩の取りすぎ（13.9g/日）は赤信号であり、概ね平均的な日本人と変わらない量であるが、望ましい食塩量9g未満からすると、取り過ぎであり、穀類、肉類、その他からの摂取が多かった。黄色信号であった脂肪の取りすぎでは、脂肪エネルギー比がおよそ28%であり、肉類、油脂類、卵類、穀類からの摂取が多かった。また、やせすぎ（BMI15.6kg/m²）であった。

BDHQの結果で、摂りすぎが気になる栄養素の塩分・脂質について、食事状況や嗜好をBDHQの質問票を用いながら確認した。朝夕はグループホーム、昼は施設で作った食事を食べていることから、自分で気をつけると減らせるポイントを確認した。おにぎりを作ってもらった際、梅干を入れてもらうとの話があり、漬物も好きとのことから梅干しや漬物にも食塩が含まれていることを説明し、食べる量を考えるよう提案した。また、麺類のつゆや汁を飲んでいることから量を減らすよう提案した。BDHQの結果や、補助カードに興味を持ち、熱心に聞き、考えていた。

なお、丸のみ傾向があることから、本人の食べ方を変えるより先に、食べ物を一口大に切り提供するのを世話人や職員に提案し、なるべく噛むように声掛けをお願いした。

2回目は、食事作り担当者へ食塩、脂肪の控え方について説明した。グループホームで提供した食の写真をあらかじめ撮影しておいてもらい、日々の食事づくりの改善指導を同時に行った。補助カードは、食塩の分量や脂肪の量を理解できるように使用した。食事作りの中で、イメージが持てるように説明した。減塩、脂肪を控える指導はグループホームの世話人におこなったが、指導対象となっていない他のグループホームの世話人の参加があった。

3回目はやせすぎの判定があることと、そこから心配されることがらについて伝えたために、骨粗鬆症・骨折の個人結果帳票を使用して説明した。脂肪の摂取はどのような食材から多くとっているかを確認した。1回目で、油を使用したドレッシングを好んで使用していることを本人が話されていることから、調味料の脂肪の量を伝え、ドレッシングを小皿に入れて野菜をつけるなど、使用量、種類について提案した。本人より、ポテトチップやおかきなど油を使った塩気のあるものを好んで食べているが、食べてもよいかと質問された。食べる量についてアドバイスした。実行できているかどうか継続して確認していくことになった。

4回目は、間食から摂取する塩分量についてカードとグラフを使い説明し、再度1回に食べる量を検討した。前回、アドバイスした間食からの食塩摂取については、「食べる量を減らしている、回数を減らしている」との話あり、意識している様子が伺えた。今回は、間食に食べる色々な食品の塩分量を、グラフで見ながら興味をもって聞いてくださった。麺類の汁は、全部飲んでいと本人から話がある。食習慣の行動変容は難しく、今後も声かけをして行くことにした。

5回目は、減塩するポイントの確認をした。さらに、「やせすぎ」について食事のとり方について説明した。食事をしっかり食べ、適切な栄養を取らないと、病気になりやすいことを説明し、食欲がない時の食事の仕方について話したが、熱心に聞いてくださった。減塩については、麺の汁を残す事は難しい様子であるので、気長に声かけを行うこ

ととした。

6回目は、BDHQの個人結果帳票から、注意すべき項目として、一般基本編の信号の色を見ながら、今までの指導内容を復習した。食塩の摂りすぎから考えられる高血圧について、それを改善するための食事のポイントを確認した。話の内容はおおよそ理解している様子であり、実際の食生活の改善については、間食の取り方に変化が見られた。

<モニタリング>

減塩に関しては、間食でのせんべい、ポテトチップの食べる量に気をつけている。食事もしっかり摂れており、体重が少しずつ増加している。血圧測定は引き続き行う。新たな課題は見られない。

<評価>

体重は余り増えず、BMI16.0のためリスクレベルは「中」のままであるが、次のような変化から改善傾向と評価した。

- ① 「食事時に減塩に気をつける」について、汁物の汁を飲む習慣は続いているが、間食のポテトチップやせんべいなどを食べすぎないように注意する変化が見られた。
- ② 血圧は毎月計測し、初回130台が120台で維持でき、上昇は見られなかった。
- ③ 丸呑み傾向に関しては、食事を一口サイズに切って提供したことで、口に入れる量が一定になった。また、食べやすくなったことからか食べる量が増え、BMI15.6から16.0（体重2.8%増加）へ変化した。

<まとめ（感想）>

勤務している施設は通所施設であり、栄養ケアマネジメントを実施していないことから、グループホーム入居者の食生活・栄養支援を実施するにあたり、施設長、グループホーム関係職員への説明から行なった。説明後、理解と協力が得られ、グループホーム入居者への説明、同意書等の記入と質問票の聞き取りを実施した。BDHQの個人結果帳票が返却されてきたので、その説明に関してグループホーム関係職員、施設担当支援員の協力を得て行なった。対象の入居者は、当施設に通所していたので、流れ良く進めることができ、指導もスムーズに行なえた。指導は、対象者に合った分かりやすい説明がされているか理解度を確認しながら進めた。

今回、指導対象者だけでなく施設系列のグループホームの食事作り担当者全員に、実際の食事内容の写真を基に減塩や脂肪を減らす調理がアドバイス出来たことで、グループホームで生活している入居者の食生活改善に少しでもつなげられたことの意義は大きいと感じている。

今回の指導対象者は、こちらの話す内容が分かり、自身の食生活についても考えることができたが、こだわりの強い、意思疎通が困難な対象者であったら、どのような指導が行なえるかが大きな課題だと思った。今後も、継続して食生活・栄養支援を行いたい。

偕恵いわまワークス
管理栄養士 高桑 幸

栄養スクリーニング（様式例）

記入者氏名 高桑 幸 作成年月日 24 年 1 月 11 日

氏名	(ふりがな) 2148061	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 18 年 1 月 14 日	併存症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> その他(花粉症 2年前~春秋 眼のかゆみ) B型肝炎キャリアー、水虫		
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他(小脳症)			
主障害の原因疾患	特記事項 知的B1			

栄養状態のリスクのレベル

実施日	24 年 1 月 11 日	24 年 3 月 26 日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	150.7 cm	150.7 cm	cm	cm
体重 (kg)	35.4 kg	36.4 kg	kg	kg
肥満度* [BMI]	15.6 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	16.0 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	1 ヶ月に 1.1 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 2.8 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 100 % } 平均 98 % 副食 95 % } 内容: <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 98 % } 平均 97 % 副食 95 % } 内容: <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。

○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「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	
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	19~26未満	やせ 15~19未満 肥満 26~30未満	やせ 15未満 肥満 30以上
		身体障害	16~24.5未満	やせ 11.5~16未満 肥満 24.5~28.5未満	やせ 11.5未満 肥満 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ 13~15未満 肥満 19~22未満	やせ 13未満 肥満 22以上	
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上	
思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下 肥満 30~50%未満	やせ 肥満 50%以上		
体重変化率	変化なし (増減: 3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上		
血清アルブミン値 (成人のみ)	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 静脈栄養			
褥瘡			褥瘡		

***大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008、p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング（様式例）

利用者名	21408061	記入者	高桑 幸
身体状況、栄養・食事に 関する意向	健康が一番。塩に気をつけたい。	家族構成と キーパーソン	本人 ーグループホーム 入居 関係職員

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		24年 1月11日（記入者名）	24年 2月13日（記入者名）	24年 3月12日（記入者名）
身体計測等	体重 (kg)	35.4 (kg)	35.8 (kg)	36.6 (kg)
	肥満度 ¹⁾	15.6	15.8	16.1
	3%以上の体重変化	■無 □有 (kg/ ヶ月)	■無 □有 (kg/ ヶ月)	■無 □有 (kg/ ヶ月)
	血清アルブミン値 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)	□無 □有 (g/dl)
食生活状況	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 97 %	[1] 96 %	[1] 95 %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 100 %	[1] 95 %	[1] 95 %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 95 %	[1] 98 %	[1] 95 %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 95 %	[1] 95 %	[1] 95 %
・その他（補助食品、 経腸・静脈栄養など）	[()] %	[()] %	[()] %	
状況等	必要栄養量 （I補けー・たんぱく質など）	1600kcal 60~80g	1600kcal 60~80g	1600kcal 60~80g
	食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）	■無 □有 <small>マヨネーズ・卵料理・カツのサクサクが苦手。漬物・魚・天ぷら・納豆が好き。服薬の関係でグレープフルーツ禁。</small>	■無 □有 <small>マヨネーズ・卵料理・カツのサクサクが苦手。漬物・魚・天ぷら・納豆が好き。服薬の関係でグレープフルーツ禁。</small>	■無 □有 <small>マヨネーズ・卵料理・カツのサクサクが苦手。漬物・魚・天ぷら・納豆が好き。服薬の関係でグレープフルーツ禁。</small>
	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・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	朝タ》・アンダゴスチンカプセル50mg×各1・ピオフェルミン配合散1g×各1・アシノン錠150mg×各1・ウピロン錠100mg×各1・グリチロン配合錠×各2・ニフェジピンCR錠20mg×各1 朝のみ》・ディオバン錠40mg×1	朝タ》・アンダゴスチンカプセル50mg×各1・ピオフェルミン配合散1g×各1・アシノン錠150mg×各1・ウピロン錠100mg×各1・グリチロン配合錠×各2・ニフェジピンCR錠20mg×各1 朝のみ》・ディオバン錠40mg×1	朝タ》・アンダゴスチンカプセル50mg×各1・ピオフェルミン配合散1g×各1・アシノン錠150mg×各1・ウピロン錠100mg×各1・グリチロン配合錠×各2・ニフェジピンCR錠20mg×各1 朝のみ》・ディオバン錠40mg×1
問題点	① 身体計測等	■無 □有 ()	■無 □有 ()	■無 □有 ()
	② 食生活状況等	■無 □有 ()	■無 □有 ()	■無 □有 ()
	③ 食行動	■無 □有 ()	■無 □有 ()	■無 □有 ()
	④ 身体症状	■無 □有 ()	■無 □有 ()	■無 □有 ()
	⑤ その他	■無 □有 ()	■無 □有 ()	■無 □有 ()
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養アセスメント・モニタリング（様式例）

利用者名	21408061	記入者	高桑 幸
身体状況、栄養・食事に 関する意向	健康が一番。塩分に気をつけたい。	家族構成と キーパーソン	本人 ーグループホーム 入居 関係職員

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		24年 3月 26日（記入者名）	24年 月 日（記入者名）	24年 月 日（記入者名）
身 体 計 測 等	体重 (kg)	36.4 (kg)	(kg)	(kg)
	肥満度 ¹⁾	16.0		
	3%以上の体重変化	<input checked="" 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)
	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)
その他（必要に応じて高血 圧、高血糖、脂質異常症、 貧血等に関する指標）		(126/73)	()	()
食 生 活 状 況 等	食事摂取の状況 ²⁾	[1] 97 %	[1] %	[1] %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[1] 98 %	[1] %	[1] %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[1] 95 %	[1] %	[1] %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[1] 95 %	[1] %	[1] %
・その他（補助食品、 経腸・静脈栄養など）	[] % ()	[] % ()	[] % ()	
必要栄養量 （I補けー・たんぱく質など）	1600kcal 60~80g	kcal g	kcal g	
食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、嗜 好、禁忌、アレルギーなど）	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>※コネーズ・卵料理・カツのサクサクが苦手。 漬物・魚・天ぷら・納豆が好き。服薬の関係でグ レープフルーツ禁。</small>	<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・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項	朝タ>>・アンダゴスチンカプセル50mg×各1・ピオフェ ルミン配合錠1g×各1・アシンロン錠150mg×各1・ウビロ ン錠100mg×各1・グリチロン配合錠×各2・ニフェジ ピンCR錠20mg×各1 朝のみ>>・ディオバン錠40mg× 1		
問 題 点	① 身体計測等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	② 食生活状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	③ 食行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	④ 身体症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	⑤ その他	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養ケア計画書（様式例）

氏名	21408061 殿	入所日	15年 4月 1日
作成者	高桑 幸	初回作成日	24年 1月 11日
利用者 または 家族の意向	健康が一番。塩分に気をつけたい。	作成（変更）日	年 月 日
		説明と同意日	24年 1月 12日
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高） ・高血圧の改善 ・丸呑みの改善 ・BMI15.6と中リスクだが、何十年もこの 体格で生活しているので、体格の維持をしていく。	サイン	
長期目標と期間	減塩に気をつけて血圧を下げる。	続柄 本人	

短期目標と期間	栄養ケア （①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど）	担当者	頻度	期間
食事時に減塩に気をつける。	塩分の多い食材、調味料・料理が分かるようにする。	管理栄養士	毎月2回	3ヶ月
血圧測定の実施	減塩に気をつけるようにする。	担当職員	随時	3ヶ月
丸のみの改善	朝・晩の測定を継続する。	担当職員	毎日	3ヶ月
	噛み砕けない食材を刻む。	管理栄養士	随時	3ヶ月
	よく噛むように声かけを行う。	担当職員	随時	3ヶ月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
24	1	11	グループホーム担当職員にグループホームでの食事提供の状況・生活について聞き取りをする。
			血圧測定、引き続き行う。
		12	血圧測定、引き続き行う。
		13	食事指導にてBDHQの結果説明、高血圧と減塩について日々の食事の様子を聞きながらアドバイスする。
		27	グループホームで食事作りを担当している方対象に食事指導を行う。事前に食事提供の写真を撮ってきてもらい、BDHQの結果と食事作りで気をつける調理や食材のアドバイスを行う。
	2	13	食事指導にて油のとり方、油の多い食材や料理についての説明と実際の食事状況を聞きアドバイスを行う。
		27	食事指導にて食塩とはどんな料理に含まれているのか、しょっぱいと感ずるのが塩である説明と、食事状況の確認と減塩のポイントを確認する。
	3	12	体格（やせ）について食事のとり方のポイントを確認する。
		26	食事指導にて血圧高めの方が食事で気をつけたいポイントを確認する（カリウムを多く含む野菜と体での働き、寝る前の水分摂取）。状況確認実施。

食習慣指導報告書（ 1 ）回目

ID	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 2 4 年 1 月 1 3 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の活用内容と着眼点	ご本人へ食事内容の結果と良い所と改善する必要のある所を知る為に活用。 ・不足が気になる栄養素がなかった事の説明。 ・とりすぎが気になる栄養素が塩分と油であることの説明。 ・体格についての説明し、現体重を維持することに着目。						
補助カードの活用内容と着眼点	食事内容より、塩分を減らすのに効果的な項目を選んだ。 ・麺類のつゆ、汁を飲む量を減らす意識づけにつなげる。 ・漬物とは何かを確認し、食べる量、回数を気をつける。						

個人補助結果帳票と	の指導内容	丸呑みを改善するため、硬い食べものを刻む、声掛けをすることへの協力を世話人、職員に依頼する。																																																																																																																																						
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																																					
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																					
指導内容の理解度を確認する				その他の意見																																																																																																																																				
対象者本人の理解度				BDHQの結果で、摂りすぎが気になる栄養素の塩分・脂質について、食事状況を自分で気をつくと減らせるポイントを確認。 （塩分では汁物の汁を残すこと、脂質では油を使用したドレッシングを好んで使用していることから、ドレッシングを小皿に入れて野菜をつけて食べるようにしてみること。） BDHQの結果や補助カードが嬉しいようで熱心に聞き、考えている様子が伺えた。																																																																																																																																				
本人以外の理解度																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																																							

食習慣指導報告書（2）回目

ID	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 2 4 年 1 月 2 7 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input checked="" type="checkbox"/> その他(世話人・補助員)
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input checked="" type="checkbox"/> 9-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の活用内容	グループホームの食事作りを行っている担当者へ食事作りで注意すべき点として活用。 食事作りでの減塩、脂肪の控え方のポイントを実際にグループで提供した食事の写真を見ながらアドバイス。						
補助カードの活用内容	塩分の量、脂肪の量を理解しやすくするために活用。 食事作りでのイメージがもてるように説明。						

個人補助結果帳票と の指導内容																																																																																																																																				
前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																											
前回の指導内容の 確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																	
指導内容の理解度を確認する						その他の意見																																																																																																																														
対象者本人の理解度			本人以外の理解度			食習慣指導対象者のグループホームで食事作りを行っていない施設系列のグループホーム食事作り担当者も参加。 減塩、脂肪を控える指導は、共通の注意事項として確認ができた。																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> 理解している			<input checked="" type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 少し理解している			<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> わからない			<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> あまり理解していない			<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 理解していない			<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																																	

食習慣指導報告書（3）回目

ID	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 2 4 年	2 月 1 3 日	
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input checked="" type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い		
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input checked="" type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の活用内容と着眼点	体格の判定説明とそこから心配される事柄について知るために活用。 脂肪摂取が多かった事、どの様な食材から多く摂っているか知るために活用。						
補助カードの活用内容と着眼点	食品に含まれる脂肪について知り、日々の食事の中で減らす工夫について活用。 調味料の脂肪の量を表によって確認し、使用量、種類について意識するために活用。						

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容																																																																																																																																																
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編					<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症					<input type="checkbox"/> 脂質異常症					<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折					<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足					<input type="checkbox"/> 鉄不足					<input type="checkbox"/> ビタミンC不足					<input type="checkbox"/> 食物繊維不足					<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い					<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い					<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い					<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																														
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑰</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td><td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨		<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦		<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪		<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧		<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧		<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥			<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する										その他の意見																																																																																																																																						
対象者本人の理解度					本人以外の理解度					間食では、ポテトチップやおかきなどの油を使った塩気のあるものを好んで食べているので食べても良いか？との質問があった。食べる量についてアドバイスをを行った。今後も継続して確認していく必要がある。																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> 理解している					<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している					<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> わからない					<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> あまり理解していない					<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/> 理解していない					<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																																											

食習慣指導報告書（4）回目

ID	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 24年 2月 27日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑭ <input checked="" type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の着眼点	「食塩摂取量が多い」食事での食塩摂取の状況を確認し減塩の仕方を知るために活用。						
補助カードの着眼点	間食からの塩分量についてグラフを見て知り、1回で食べる量を考える。						

個人結果帳票と 補助カード以外 の指導内容	「骨粗しょう症を防ぐために気をつける③つのポイント」資料を使用し普段の生活の振り返りと意識づけを行う。 ① 食事 ② 運動 ③ 日光浴																																																																																																																															
前回の指導内容の 確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色） <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input checked="" type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																													
前回の指導内容の確認 （該当欄に☑を入れる） 選択した補助カードの番号	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input checked="" type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																										
<input checked="" type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																													
指導内容の理解度を確認する <table border="0"> <tr> <td>対象者本人の理解度</td> <td>本人以外の理解度</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>				対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している	<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	その他の意見 <p>前回、間食からの食塩摂取についてのアドバイスを行った内容について摂取状況確認した。食べる量を減らしている、回数を減らしていると話あり、意識している様子が伺えた。今回は、間食からの塩分量をグラフで見たことでさらに興味をもって聞いていただいた。</p> <p>麺類の汁は全部飲んでいると本人からの話があった。食習慣の行動変容はなかなか難しいので、今後も声かけを適宜して行き、減塩に対する意識付けを継続したい。</p>																																																																																																																
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																															
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																															

食習慣指導報告書（5）回目

ID	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 2 4 年	3 月 1 2 日	
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()
選択した個人結果	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の活用内容と着眼点	「やせすぎ」である状況から、食事の摂り方のポイント、減塩のポイントを確認するために活用。						
補助カードの活用内容と着眼点							

個人補助結果帳票と	農林水産省 食事バランスガイド<シニア版> ・「食が細くなったり、食欲不振などの傾向がありませんか？」 食欲がない時の食事の摂り方についてアドバイスをを行う。 ・「塩分のとりすぎには、注意しましょう」 塩分の意味、減塩の工夫についてアドバイスをを行う。															
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ					
	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足		<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足					
	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い		<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑭	<input checked="" type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④												
指導内容の理解度を確認する								その他の意見								
対象者本人の理解度				本人以外の理解度				食事量が少なくなったりすると風邪をひきやすくなること、そうならない為にはしっかり食べること、いろいろな物を食べることが大切であることを伝えた。 また、食欲がない時の食事の仕方について熱心に聞いていた。 減塩についての内容は、なかなか実際の食行動の変容に結びつけるのは難しい様子であるので、気長に声かけを行う。								
<input type="checkbox"/> 理解している				<input type="checkbox"/> 理解している												
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している				<input type="checkbox"/> 少し理解している												
<input type="checkbox"/> わからない				<input type="checkbox"/> わからない												
<input type="checkbox"/> あまり理解していない				<input type="checkbox"/> あまり理解していない												
<input type="checkbox"/> 理解していない				<input type="checkbox"/> 理解していない												

食習慣指導報告書（6）回目

ID	指導期間	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成 2 4 年 3 月 2 6 日		
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input checked="" type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)
指導対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()
選択した個人結果	<input checked="" type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色) <input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折 <input type="checkbox"/> 太り過ぎ <input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ <input type="checkbox"/> カルシウム不足 <input type="checkbox"/> 鉄不足 <input type="checkbox"/> ビタミンC不足 <input type="checkbox"/> 食物繊維不足 <input type="checkbox"/> カリウム不足 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い <input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い <input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い <input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い <input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い						
選択した補助カードの番号	<input type="checkbox"/> 1-① <input type="checkbox"/> 1-② <input type="checkbox"/> 1-③ <input type="checkbox"/> 1-④ <input type="checkbox"/> 1-⑤ <input type="checkbox"/> 1-⑥ <input type="checkbox"/> 1-⑦ <input type="checkbox"/> 1-⑧ <input type="checkbox"/> 1-⑨ <input type="checkbox"/> 1-⑩ <input type="checkbox"/> 1-⑪ <input type="checkbox"/> 1-⑫ <input type="checkbox"/> 1-⑬ <input type="checkbox"/> 1-⑭ <input type="checkbox"/> 1-⑮ <input type="checkbox"/> 1-⑯ <input type="checkbox"/> 2-① <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 3-③ <input type="checkbox"/> 3-④ <input type="checkbox"/> 3-⑤ <input type="checkbox"/> 3-⑥ <input type="checkbox"/> 4-① <input type="checkbox"/> 4-② <input type="checkbox"/> 4-③ <input type="checkbox"/> 4-④ <input type="checkbox"/> 4-⑤ <input type="checkbox"/> 4-⑥ <input type="checkbox"/> 4-⑦ <input type="checkbox"/> 4-⑧ <input type="checkbox"/> 4-⑨ <input type="checkbox"/> 5-① <input type="checkbox"/> 5-② <input type="checkbox"/> 5-③ <input type="checkbox"/> 5-④ <input type="checkbox"/> 5-⑤ <input type="checkbox"/> 5-⑥ <input type="checkbox"/> 5-⑦ <input type="checkbox"/> 5-⑧ <input type="checkbox"/> 5-⑨ <input type="checkbox"/> 6-① <input type="checkbox"/> 6-② <input type="checkbox"/> 6-③ <input type="checkbox"/> 6-④ <input type="checkbox"/> 6-⑤ <input type="checkbox"/> 6-⑥ <input type="checkbox"/> 6-⑦ <input type="checkbox"/> 6-⑧ <input type="checkbox"/> 6-⑨ <input type="checkbox"/> 6-⑩ <input type="checkbox"/> 6-⑪ <input type="checkbox"/> 6-⑫ <input type="checkbox"/> 7-① <input type="checkbox"/> 7-② <input type="checkbox"/> 7-③ <input type="checkbox"/> 7-④ <input type="checkbox"/> 7-⑤ <input type="checkbox"/> 7-⑥ <input type="checkbox"/> 7-⑦ <input type="checkbox"/> 7-⑧ <input type="checkbox"/> 7-⑨ <input type="checkbox"/> 7-⑩ <input type="checkbox"/> 7-⑪ <input type="checkbox"/> 7-⑫ <input type="checkbox"/> 7-⑬ <input type="checkbox"/> 7-⑭ <input type="checkbox"/> 7-⑮ <input type="checkbox"/> 7-⑯ <input type="checkbox"/> 7-⑰ <input type="checkbox"/> 7-⑱ <input type="checkbox"/> 8-① <input type="checkbox"/> 8-② <input type="checkbox"/> 8-③ <input type="checkbox"/> 8-④ <input type="checkbox"/> 8-⑤ <input type="checkbox"/> 8-⑥ <input type="checkbox"/> 8-⑦ <input type="checkbox"/> 8-⑧ <input type="checkbox"/> 8-⑨ <input type="checkbox"/> 8-⑩ <input type="checkbox"/> 8-⑪ <input type="checkbox"/> 8-⑫ <input type="checkbox"/> 8-⑬ <input type="checkbox"/> 8-⑭ <input type="checkbox"/> 8-⑮ <input type="checkbox"/> 9-① <input type="checkbox"/> 9-② <input type="checkbox"/> 9-③ <input type="checkbox"/> 9-④ <input type="checkbox"/> 9-⑤ <input type="checkbox"/> 9-⑥ <input type="checkbox"/> 9-⑦ <input type="checkbox"/> 9-⑧ <input type="checkbox"/> 10-① <input type="checkbox"/> 10-② <input type="checkbox"/> 10-③ <input type="checkbox"/> 10-④ <input type="checkbox"/> 10-⑤ <input type="checkbox"/> 10-⑥ <input type="checkbox"/> 10-⑦ <input type="checkbox"/> 10-⑧ <input type="checkbox"/> 10-⑨ <input type="checkbox"/> 11-① <input type="checkbox"/> 11-② <input type="checkbox"/> 11-③ <input type="checkbox"/> 11-④ <input type="checkbox"/> 11-⑤ <input type="checkbox"/> 11-⑥ <input type="checkbox"/> 12-① <input type="checkbox"/> 12-② <input type="checkbox"/> 12-③ <input type="checkbox"/> 12-④						
個人結果帳票の活用内容と着眼点	信号の色で再度食事内容結果について確認するために活用。						
補助カードの活用内容と着眼点							

個人補助カード以外の結果帳票と	健康日本21リーフレット NO. 4 高血圧を防ぐ「血圧が高めの人の食生活8つのポイント」 ・カリウムを多く含む野菜の説明と体での働きを知り、食事で気をつけて食べる意識をもつ。 ・寝る前の水分摂取の大切さを確認。																								
前回の指導内容の確認（項目の該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 一般基本編（信号の色）	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input checked="" type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い								
前回の指導内容の確認（該当欄に☑を入れる）	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 1-⑰								
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 4-⑩								
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧								
	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 6-⑬	<input type="checkbox"/> 6-⑭	<input type="checkbox"/> 6-⑮	<input type="checkbox"/> 6-⑯	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨								
	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱	<input type="checkbox"/> 7-⑲	<input type="checkbox"/> 7-⑳	<input type="checkbox"/> 7-㉑	<input type="checkbox"/> 7-㉒	<input type="checkbox"/> 7-㉓	<input type="checkbox"/> 7-㉔	<input type="checkbox"/> 7-㉕	<input type="checkbox"/> 7-㉖								
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮	<input type="checkbox"/> 8-⑯	<input type="checkbox"/> 8-⑰								
	<input type="checkbox"/> 8-⑱	<input type="checkbox"/> 8-⑲	<input type="checkbox"/> 8-⑳	<input type="checkbox"/> 8-㉑	<input type="checkbox"/> 8-㉒	<input type="checkbox"/> 8-㉓	<input type="checkbox"/> 8-㉔	<input type="checkbox"/> 8-㉕	<input type="checkbox"/> 8-㉖	<input type="checkbox"/> 8-㉗	<input type="checkbox"/> 8-㉘	<input type="checkbox"/> 8-㉙	<input type="checkbox"/> 8-㉚	<input type="checkbox"/> 8-㉛	<input type="checkbox"/> 8-㉜	<input type="checkbox"/> 8-㉝	<input type="checkbox"/> 8-㉞								
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 9-⑨	<input type="checkbox"/> 9-⑩	<input type="checkbox"/> 9-⑪	<input type="checkbox"/> 9-⑫	<input type="checkbox"/> 9-⑬	<input type="checkbox"/> 9-⑭	<input type="checkbox"/> 9-⑮	<input type="checkbox"/> 9-⑯	<input type="checkbox"/> 9-⑰								
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 10-⑩	<input type="checkbox"/> 10-⑪	<input type="checkbox"/> 10-⑫	<input type="checkbox"/> 10-⑬	<input type="checkbox"/> 10-⑭	<input type="checkbox"/> 10-⑮	<input type="checkbox"/> 10-⑯	<input type="checkbox"/> 10-⑰								
	<input type="checkbox"/> 10-⑱	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥	<input type="checkbox"/> 11-⑦	<input type="checkbox"/> 11-⑧	<input type="checkbox"/> 11-⑨	<input type="checkbox"/> 11-⑩	<input type="checkbox"/> 11-⑪	<input type="checkbox"/> 11-⑫	<input type="checkbox"/> 11-⑬	<input type="checkbox"/> 11-⑭	<input type="checkbox"/> 11-⑮	<input type="checkbox"/> 11-⑯								
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																					
指導内容の理解度を確認する										その他の意見															
対象者本人の理解度					本人以外の理解度					今回が最終回であるので、これまでの内容確認を行った。話の内容はおおよそわかっている様子であった。 実際の食生活の改善については、間食の取り方について変化が見られた。															
<input type="checkbox"/> 理解している					<input type="checkbox"/> 理解している																				
<input checked="" type="checkbox"/> 少し理解している					<input type="checkbox"/> 少し理解している																				
<input type="checkbox"/> わからない					<input type="checkbox"/> わからない																				
<input type="checkbox"/> あまり理解していない					<input type="checkbox"/> あまり理解していない																				
<input type="checkbox"/> 理解していない					<input type="checkbox"/> 理解していない																				

IV 調査票

調査票1: 障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票

調査票2: BDHQ(簡易型自記式食事歴法質問票: brief-type self-administered diet history questionnaire)

調査票3: グループホーム・ケアホームの食生活・栄養支援の実態及びニーズに関する質問票

全国で1万人の方をお願いをしています。

お忙しいところ、申し訳ございません。皆さんの健康を守るうえで、とても大切な調査です。ぜひご協力をお願いいたします。

グループホーム・ケアホームの入居者の方にかがいます。

回答して下さった質問票はそのまま研究事務局に送られます。

ありのままをお答えくださいますよう、どうか、よろしく願い申し上げます。

できるだけ鉛筆でお答えください

担当者名		記入年月日		平成	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	体重
							kg
							身長
							cm
日常生活や健康・食えることについてうかがいます。				あてはまるところに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください			
移動するときはどのようにしていますか？	月に何回外出していますか？	同年齢の他の人と比べて健康だと思いますか？	食事は美味しいと感じますか？	噛んで食べるときはどのような状態ですか？			
<input type="checkbox"/> 自力で歩いている	<input type="checkbox"/> 月に4～5回以上	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる			
<input type="checkbox"/> 杖を使って歩いている	<input type="checkbox"/> 月に2～3回程度	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> わからない			
<input type="checkbox"/> シルパーカーを使っている	<input type="checkbox"/> 月に1回程度	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 一部噛めない食べものがある			
<input type="checkbox"/> 車椅子を使っている	<input type="checkbox"/> それよりも少ない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> 噛めない食べものが多い			
<input type="checkbox"/> ほとんど歩かない	<input type="checkbox"/> 外出しない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> 噛んで食べることができない			
食いたいという気持ちがありますか？	食えることに興味がありますか？	過去6か月間で体重の増加がありましたか？	1日に何回食事をとりますか？	過去もしくは現在の病気等についてうかがいます。			
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 2～3kg増えている	<input type="checkbox"/> 1日に3回以上	下記の病気の治療中もしくは治療したことがありますか？			
<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> 1kgくらい増えている	<input type="checkbox"/> 1日に2回程度	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病			
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 1日に1回程度	<input type="checkbox"/> 肥満(疾病を改善するため)			
<input type="checkbox"/> あまりない	<input type="checkbox"/> あまりない	<input type="checkbox"/> あまり増えていない	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない				
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 増えていない					
あなたの食事についてうかがいます。			主食の換算方法	現在、内服している薬と喫煙についてうかがいます。			
1日に肉や魚をどのくらいとりますか？	1日に甘味のある飲物(コーラ、コーヒ、ジュースなど)をどのくらいとりますか？	1日に主食(ごはん、めん、パン、菓子パンなど)をどのくらいとりますか？	ごはん茶碗の場合 女性用茶碗(1杯) 男性用茶碗(1.5杯) ごはん丼1杯(2杯) ゆでめん1玉(1杯) 食パン8枚切り2枚(1杯) 菓子パン1個(1.5杯)	下記の薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬			
<input type="checkbox"/> 1日に3回以上	<input type="checkbox"/> 1日にコップ5杯以上	<input type="checkbox"/> 1日に6杯以上		タバコを吸っていますか？ <input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 止めた			
<input type="checkbox"/> 1日に2回程度	<input type="checkbox"/> 1日にコップ3～4杯	<input type="checkbox"/> 1日に4～5杯程度		<input type="checkbox"/> 吸ったことがない			
<input type="checkbox"/> 1日に1回程度	<input type="checkbox"/> 1日にコップ2杯以下	<input type="checkbox"/> 1日に3杯以下					
<input type="checkbox"/> ほとんど食べない	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない					
1週間に豆腐、納豆をどのくらいとりますか？	1週間に卵をどのくらいとりますか？	1週間に果物をどのくらいとりますか？	1日に野菜(漬物、生野菜は除く)をどのくらいとりますか？	1日にお菓子(おせんべい、おまんじゅう、スナック菓子など)をどのくらいとりますか？			
<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 1日に3回以上	<input type="checkbox"/> 1日に3回以上			
<input type="checkbox"/> 週に4～6回	<input type="checkbox"/> 週に4～6回	<input type="checkbox"/> 週に4～6回	<input type="checkbox"/> 1日に2回程度	<input type="checkbox"/> 1日に2回程度			
<input type="checkbox"/> 週に2～3回	<input type="checkbox"/> 週に2～3回	<input type="checkbox"/> 週に2～3回	<input type="checkbox"/> 1日に1回程度	<input type="checkbox"/> 1日に1回程度			
<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない			
<input type="checkbox"/> ほとんど食べない	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない	<input type="checkbox"/> ほとんど食べない					

ご回答いただいた質問票は、そのまま研究事務局に送られます。記入もれや記入まちがいがあっても修正のお願いをすることができません。せつかくのお答えを役に立てることができません。これはとても申し訳ないことですので、ぜひ、もう一度、確かめてくださると幸いです。

本研究の代表者：日本栄養士会全国福祉栄養士協議会 協議会長 政安静子(まさやすしずこ)

--	--	--	--	--	--	--	--

皆さんの健康を守るうえで、とても大切な調査です。すべての質問にお答えくださいますよう、お願い申し上げます。

7月24日：平成20年6月30日

あなたの最近1か月間の食習慣についてお尋ねしました

ID1 99999 ID2 999 ID3 999 性別 男性 年齢 50 歳

食習慣調査票 (BDHQまたはDHQ) にお答えいただいた内容を元に、健康の維持・増進、生活習慣病の予防に役立てていただけるように簡単な結果を作りました。でも、答え方によって結果が左右されますので、あくまでも「およその結果」とお考えください。

【結果の見方】
 ☆これはおおよその結果です。答え方によって、実際とは少しちがっていることもあります。
 ●青信号：現在のままの食事を続けることをお勧めします。
 ●黄色信号：他の項目とのバランスを考えると、少し気を付けてください。
 ●赤信号：この項目を中心とした食習慣の改善を目指してください。
 黄色信号や赤信号がついている場合には、それぞれの項目の注意をみてください。

項目	結果	健康上の懸念
太り過ぎ、やせ過ぎではありませんか？	21.3 kg/m ² (身長165cmの2乗で割った値で、18.5以下がやせ、25.0以上が肥満の目安になります。太り過ぎまたは、食事(エネルギー)制限だけでなく運動もお勧めです。)	太り過ぎ→糖尿病、高血圧症、心筋梗塞、やせ過ぎ→骨粗鬆症
カルシウムをじゅうぶんに取っていますか？	450mg	骨粗鬆症
鉄をじゅうぶんに取っていますか？	10.2mg	貧血
ビタミンCをじゅうぶんに取っていますか？	21.3mg	(高血圧症、脳卒中などの循環器疾患・骨がん)
食物繊維をじゅうぶんに取っていますか？	14.6g	循環器疾患・糖尿病(大腸がん)
カリウムをじゅうぶんに取っていますか？	3500mg	高血圧症、脳卒中などの循環器疾患・(骨粗鬆症)
食塩を取り過ぎではありませんか？	9.6g	高血圧症、脳卒中などの循環器疾患・骨がん(骨粗鬆症)
脂肪を取り過ぎではありませんか？	21.3%	心臓病、糖尿病、高血圧症、脳卒中、脂質異常症(乳がん)
飽和脂肪酸を取り過ぎではありませんか？	4.5%	心筋梗塞などの循環器疾患
コレステロールを取り過ぎではありませんか？	0.13mmol/L	心筋梗塞などの循環器疾患

うらも見ましょう...

3大栄養素(エネルギーになる栄養素)のバランスもたいせつです

もっとも大切な栄養素：たんぱく質はちゃんと食べていますか？

1日当たりに食べる重量 (g) で示します

あなたの摂取量	79g
あなたの食べたい量	60g 程度かそれ以上

たんぱく質 12%
 アルコール 8%
 炭水化物 80%
 脂質 21%

取り過ぎが気になる人が多いかも：脂質(脂肪)

脂質と炭水化物は、エネルギー(カロリー)全体に占める割合(%)で示します

あなたの摂取量	21%は軒下
あなたの食べたい量	20~25%程度

エネルギー(カロリー)の源：炭水化物

あなたの摂取量	60%は軒下
あなたの食べたい量	50~70%程度

お酒(アルコール)を飲みすぎているいませんか？

あなたの摂取量	0.9名(日本酒換算)
---------	-------------

高血圧・脳卒中・口や喉のがん・肝機能障害・痛風・事故などさまざまな問題を引き起こします。

【おまけ】栄養についての基礎知識 ... ちょっと難しいけど

栄養素は次のように細かく分かります

とちもたくさん種類がありますが、基本的な大切なものだけ図にしてみました

そして、今回は、ここであげた栄養素についてだけお話をしました

この他にもたくさん栄養素を知っているかもしれません。でも、その前に、ここにある栄養素について気をつけることが健康への第一歩です。

```

    graph TD
        A[3大栄養素] --> B[たんぱく質]
        A --> C[脂質(脂肪)]
        A --> D[炭水化物]
        B --> B1[たんぱく質]
        B --> B2[脂質(脂肪)]
        B --> B3[炭水化物]
        C --> C1[飽和脂肪酸、一価不飽和脂肪酸、多価不飽和脂肪酸]
        D --> D1[アルコール]
        D --> D2[ビタミン]
        D --> D3[ミネラル]
        D --> D4[その他]
        D2 --> D2a[ビタミンC、その他いろいろ]
        D3 --> D3a[カルシウム、鉄、カリウム、ナトリウム(食塩)、その他いろいろ]
        D4 --> D4a[食物繊維、コレステロール]
    
```

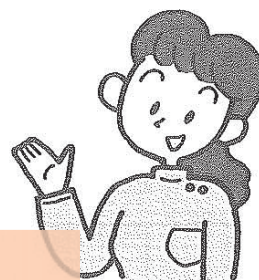
【健康的な食べ方は、未来の自分とご家族への贈り物です】

あなたの食習慣についておたずねします

最近1か月間の食習慣について、お答え下さい

たくさん質問がありますが、あまり考え込まずに、第一印象でお答えくださいね。

- 質問の内容が難しい場合には、あなたの家庭で食事の準備をおもにしているひとといっしょに考えながら、教えてください。
- すべての質問にお答えいただいた場合には、あなたご自身の健康維持・増進に役立てていただけるように、簡単な結果【あなたの食事・栄養の特徴】を後日お返しいたします。



お答えいただいた内容は、食べ物と健康との関連を明らかにし、だれもが健康な生活を送れるようにするための貴重な資料として活用させていただきます。その場合、結果はたくさんのひとたちの平均値などの数値として公表されます。あなた個人がわかるような形で公表されることは絶対にありません。

【記入の仕方】

- ・太い黒の鉛筆でご記入ください。
- ・この用紙は機械で読み取ります。文字は枠線にかからないように丁寧に記入ください。

数字の記入例

0 / 2 3 4 5 6 7 8 9

Vの記入例

- ・枠線の中にある3点を結んでください。
- ・まわりの枠線に線がふれないようにご記入ください。

良い例

悪い例



備考欄

担当者記入欄：ID1は必ずご記入ください。ID2は「左詰めでも右詰めでも可」

ID1

ID2

ID3

<女性の方のみ>

妊娠中・授乳中の方は下記該当に記載（もしくはチェック）下さい。

妊娠

週目

授乳中

必ずご記入ください。

性別(Vを記入)

男性

女性

生年月日(年号はVを記入)

大正

昭和

平成

年

月

日

今日(この質問に答える日)の日付

平成

年

月

日

身長

体重

Kg

BDHQ1-1 2009.01版OCR

あなたは、この1か月のあいだ、以下の食べ物をどのくらいの頻度で食べていましたか？
もっともあてはまる回答をひとつ選んで、V を記入してください。

枠線の中にある
3点を結んで
ください。

良い例



悪い例



	コップ1杯くらいの牛乳・ヨーグルト1人前		鶏肉 (挽き肉を含む)	豚肉・牛肉 (挽き肉を含む)	ハム・ソーセージ・ ベーコン	レバー
	低脂肪	普通・高脂肪				
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

いか・たこ・ えび・貝	骨ごと食べる魚	ツナ缶 (まぐろの油漬け)	魚の干物・ 塩蔵魚 (塩さば・塩鮭・ あじの干物など)	脂が乗った魚 (いわし・さば・ さんま・ぶり・ にしん・うなぎ・ まぐろトロなど)	脂が少な めの魚 (さけ・ま す・ 白身魚・ 淡水魚・ かつお など)	たまご (鶏の卵1個程度)
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

とうふ・厚揚げ	納豆	いも (すべての種類)	漬け物 緑の濃い 葉野菜	生(サラダ) レタス・ キャベツ 切りなど (トマトは 除く)	トマト・ トマトケチャップ・ トマト煮込み・ トマトシチュー
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

料理に使った野菜(漬け物・サラダ以外)						
緑の濃い葉野菜 (ブロッコリーを 含む)	キャベツ・白菜	にんじん・ かぼちゃ	だいこん・かぶ	その他の種類すべて (たまねぎ・ごぼう・ れんこんなど)	きのこ (すべての種類)	海藻 (すべての種類) (だし用は除く)
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

お菓子・おやつ				果物		
洋菓子・クッキー・ビスケット	和菓子	せんべい・もち・お好み焼きなど	アイスクリーム	みかんなどの柑橘(かんきつ)類	かき・いちご・キウイ	その他のすべての果物
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

マヨネーズ・ドレッシング	パン (おかずパン・菓子パンも含む)	麺類				飲み物
		そば	うどん・ひやむぎ・そうめん	ラーメン・インスタントラーメン	スパゲッティ・マカロニなど	緑茶
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯
<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 週4~6回	<input type="checkbox"/> 毎日1杯
<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週4~6杯
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週2~3杯
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1杯
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 週1杯未満
						<input type="checkbox"/> 飲まなかった

紅茶・ウーロン茶(中国茶)	コーヒー	飲み物				「主食のあるごはん」を食べた頻度	「平均的な日」に食べたごはんのみそ汁
		コーラ・ジュース(スポーツドリンクも含む)	100%果物ジュース 100%野菜ジュース	そば	うどん・ひやむぎ・そうめん	ごはん	みそ汁
<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 毎日4杯以上	<input type="checkbox"/> 週に6回	<input type="checkbox"/> 8杯以上	
<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 毎日2~3杯	<input type="checkbox"/> 週に5回	<input type="checkbox"/> 6~7杯	
<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 毎日1杯	<input type="checkbox"/> 週に4回	<input type="checkbox"/> 5杯	
<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週4~6杯	<input type="checkbox"/> 週に3回	<input type="checkbox"/> 4杯	
<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週2~3杯	<input type="checkbox"/> 週に2回	<input type="checkbox"/> 3杯	
<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週1杯	<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 2杯	
<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週1杯未満	<input type="checkbox"/> 週に1回未満	<input type="checkbox"/> 1杯	
<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 1杯未満	
						<input type="checkbox"/> 食べなかった	

コーヒー・紅茶には砂糖を入れますか いつも ときどき いいえ

頻度	お酒(薬用酒は含めません) 1回に飲んだ典型的なお酒の種類の数合わせとその量					玄米・胚芽米を食べたり、ごはんを麦や雑穀を混ぜて食べることはありますか?
	日本酒	ビール(大瓶で)	焼酎・酎ハイ・泡盛(焼酎・泡盛水割りで)	ウイスキー類(ダブルで)	ワイン(ワイングラスで)	
<input type="checkbox"/> 毎日						<input type="checkbox"/> 次ページにもお答えください。
<input type="checkbox"/> 週に6回						
<input type="checkbox"/> 週に5回	<input type="checkbox"/> 4合以上	<input type="checkbox"/> 4本以上	<input type="checkbox"/> 4杯以上	<input type="checkbox"/> 4杯以上	<input type="checkbox"/> 4杯以上	
<input type="checkbox"/> 週に4回	<input type="checkbox"/> 3合	<input type="checkbox"/> 3本	<input type="checkbox"/> 3杯	<input type="checkbox"/> 3杯	<input type="checkbox"/> 3杯	
<input type="checkbox"/> 週に3回	<input type="checkbox"/> 2合	<input type="checkbox"/> 2本	<input type="checkbox"/> 2杯	<input type="checkbox"/> 2杯	<input type="checkbox"/> 2杯	
<input type="checkbox"/> 週に2回	<input type="checkbox"/> 1合	<input type="checkbox"/> 1本	<input type="checkbox"/> 1杯	<input type="checkbox"/> 1杯	<input type="checkbox"/> 1杯	
<input type="checkbox"/> 週に1回	<input type="checkbox"/> 0.5合	<input type="checkbox"/> 0.5本	<input type="checkbox"/> 0.5杯	<input type="checkbox"/> 0.5杯	<input type="checkbox"/> 0.5杯	
<input type="checkbox"/> 週に1回未満	<input type="checkbox"/> 0.5合未満	<input type="checkbox"/> 0.5本未満	<input type="checkbox"/> 0.5杯未満	<input type="checkbox"/> 0.5杯未満	<input type="checkbox"/> 0.5杯未満	
<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	<input type="checkbox"/> 飲まなかった	

「飲まなかった」場合には、お酒の種類別の質問に答える必要はありません。

あなたは、この1か月のあいだ、以下の食べ物をどのくらいの頻度で食べていましたか？もっともあてはまる回答をひとつ選んで、✓を記入してください。

肉を使った料理(ハム・ソーセージなどの肉加工品も含む)				
焼肉・ステーキ・グリル	ハンバーグ・カレー・ミートソースなど洋風の料理	揚げ物・てんぷら〔定食一人前程度の量〕	炒め物	和風の煮物・鍋物・どんぶり物・汁物・みそ汁
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

もっともあてはまる回答をひとつ選んで、✓を記入してください。

お肉(牛肉や豚肉)の脂身は

好んで食べていた

やや好んで食べていた

好きでも嫌いでもない

あまり食べなかった

ほとんど食べなかった

魚を使った料理(いか・たこ・えび・貝も含む)			
さしみ・すし〔定食一人前程度の量〕	焼き魚	煮魚・鍋物・汁物・みそ汁	てんぷら・揚げ魚〔定食一人前程度の量〕
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

種類のスープ・汁を飲む量は

ほとんど全部

8割くらい

4～6割

2割くらい

ほとんど飲まなかった

家庭での味付けは 外食と比べて

薄口

少し薄口

同じくらい

少し濃い口

濃い口

食事のとき使うしょうゆ・ソースの頻度は	使う量は	外食の定食1人前と、自分が普段食べている量を比べるとおかずの量は	ごはんの量は	食べる速さは
<input type="checkbox"/> 必ず使う	<input type="checkbox"/> かなり多め	<input type="checkbox"/> 家のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> 家のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> かなり速い
<input type="checkbox"/> よく使う	<input type="checkbox"/> やや多め	<input type="checkbox"/> 家のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> 家のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> やや速い
<input type="checkbox"/> ときどき使う	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> はほぼ同じくらい	<input type="checkbox"/> はほぼ同じくらい	<input type="checkbox"/> ふつう
<input type="checkbox"/> ほとんど使わない	<input type="checkbox"/> やや少なめ	<input type="checkbox"/> 外食のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> 外食のほうが少し多い	<input type="checkbox"/> やや遅い
<input type="checkbox"/> まったく使わない	<input type="checkbox"/> かなり少なめ	<input type="checkbox"/> 外食のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> 外食のほうがかなり多い	<input type="checkbox"/> かなり遅い

季節によって食べ方が大きくちがう食べ物		
この1年間でもっともよく食べた季節を思い出して、その頃の食べ方についてお答えください。		
みかんなどの柑橘(かんきつ)類	かき(柿)	いちご
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> 毎日2回以上
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 毎日1回
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 週4～6回
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 週2～3回
<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 週1回
<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満	<input type="checkbox"/> 週1回未満
<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった	<input type="checkbox"/> 食べなかった

最後にお答えください。

もっともあてはまる回答をひとつ選んで、✓を記入してください。

この1か月間に栄養補助食品を使いましたか	最近、食事習慣を意図的に変えましたか	現在、医師、栄養士、その他専門家の指導のもとで、食事のコントロールをしていますか	この質問票におもに答えたひとは
<input type="checkbox"/> 毎日2回以上	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 本人
<input type="checkbox"/> 毎日1回	<input type="checkbox"/> 3年以上前	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妻
<input type="checkbox"/> 週4～6回	<input type="checkbox"/> 1～2年前		<input type="checkbox"/> 娘
<input type="checkbox"/> 週2～3回	<input type="checkbox"/> 1年前以内		<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 週1回			
<input type="checkbox"/> 週1回未満			
<input type="checkbox"/> 使わなかった	<input type="checkbox"/> いいえ		

これで終わりです。 ありがとうございます。

グループホーム・ケアホームの世話人をしている方、全国で1000箇所の施設にお願いをしています。

お忙しいところ、申し訳ございません。

障害者の将来の健康を考えるうえで、とても大切な調査です。ぜひご協力をお願いいたします。

グループホーム・ケアホーム等で利用者の食事提供をしている世話人さんにかがいます。

この質問票は、施設等の他者は絶対に見ません。

回答してくださった質問票はそのまま研究事務局に送られます。

できるだけ鉛筆でお答えください

ありのままをお答えくださいますよう、どうか、よろしくお願い申し上げます。

グループホーム・ケアホームの食事についてうかがいます。 あてはまるところに をつけてください。

食事計画(献立・調理・後片付け等)は立案していますか？	施設内の会議で、次のような内容を話し合うことはどのくらいありますか？			
	食事計画に関すること (月間・年間計画など)	食事の実施内容に関すること	食事計画の評価に関すること(反省会など)	献立の検討に関すること
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 月に2回以上	<input type="checkbox"/> 月に2回以上	<input type="checkbox"/> 月に1回以上
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 2～3ヶ月に1回程度	<input type="checkbox"/> 月に1回程度	<input type="checkbox"/> 月に1回程度	<input type="checkbox"/> 2～3ヶ月に1回程度
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 4～6ヶ月に1回程度	<input type="checkbox"/> 2～3ヶ月に1回程度	<input type="checkbox"/> 2～3ヶ月に1回程度	<input type="checkbox"/> 4～6ヶ月に1回程度
	<input type="checkbox"/> 1年に1回程度	<input type="checkbox"/> それよりも少ない	<input type="checkbox"/> それよりも少ない	<input type="checkbox"/> 1年に1回程度
	<input type="checkbox"/> 話し合うことはない	<input type="checkbox"/> 話し合うことはない	<input type="checkbox"/> 話し合うことはない	<input type="checkbox"/> 話し合うことはない

その話し合いにはどのような職種が参加していますか？参加しているすべての人を選んでください。

食事計画に関すること	食事の実施内容に関すること	食事計画の評価に関すること	献立の検討に関すること
<input type="checkbox"/> サービス管理者	<input type="checkbox"/> サービス管理者	<input type="checkbox"/> サービス管理者	<input type="checkbox"/> サービス管理者
<input type="checkbox"/> 世話人	<input type="checkbox"/> 世話人	<input type="checkbox"/> 世話人	<input type="checkbox"/> 世話人
<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養士
<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 利用者
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他

グループホーム・ケアホームで利用者といっしょに取り組まれていることについておたずねします。

食材の買い物はいっしょに行きますか？	食事の準備をしていますか？	料理をいっしょにしていますか？	食事の後片付けをしていますか？	定期的に身体計測をしていますか？
<input type="checkbox"/> 毎日行っている	<input type="checkbox"/> 毎日行っている	<input type="checkbox"/> 毎日行っている	<input type="checkbox"/> 毎日行っている	<input type="checkbox"/> 毎月している
<input type="checkbox"/> ほぼ行っている	<input type="checkbox"/> ほぼ行っている	<input type="checkbox"/> ほぼ行っている	<input type="checkbox"/> ほぼ行っている	<input type="checkbox"/> 年に数回している
<input type="checkbox"/> あまり行っていない	<input type="checkbox"/> あまり行っていない	<input type="checkbox"/> あまり行っていない	<input type="checkbox"/> あまり行っていない	<input type="checkbox"/> あまりしていない
<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> していない

あなたの施設の利用者のうち、次のものにあてはまる利用者はどのくらいですか？

残さずに食べる	食べることが好き	食事の姿勢がよい	お箸の持ち方がじょうず	よく噛んで食べる
<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%
<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満
<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満
<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満

夕食前にお腹がすいたと言う	体を動かすことをする(運動や散歩など)	食べ物に興味がある	食事の準備や後片付けのお手伝いをする	お料理を作ることが好き
<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%	<input type="checkbox"/> 75%以上～100%
<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満	<input type="checkbox"/> 50%以上～75%未満
<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満	<input type="checkbox"/> 25%以上～50%未満
<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満

あなた自身のことについてうかがいます。				
あなたはふだん、食事のとき「いただきます」を言いますか？	あなたは、お料理を作るのは好きですか？	あなたは、お料理を作るのは得意ですか？	利用者といっしょに夕食を食べていますか？	利用者に食べ物の話をすることはありますか？
<input type="checkbox"/> 毎回言う	<input type="checkbox"/> とても好き	<input type="checkbox"/> とても得意	<input type="checkbox"/> 毎日食べている	<input type="checkbox"/> 毎日話している
<input type="checkbox"/> 言うほうが多い	<input type="checkbox"/> 好きなほう	<input type="checkbox"/> 得意なほう	<input type="checkbox"/> ほぼ食べている	<input type="checkbox"/> よく話している
<input type="checkbox"/> 言ったり言わなかったり	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 食べたり食べなかったり	<input type="checkbox"/> 話したり話さなかったり
<input type="checkbox"/> 言わないほうが多い	<input type="checkbox"/> 嫌いなほう	<input type="checkbox"/> 苦手なほう	<input type="checkbox"/> あまり食べない	<input type="checkbox"/> あまり話さない
<input type="checkbox"/> 言わない	<input type="checkbox"/> 嫌い	<input type="checkbox"/> とても苦手	<input type="checkbox"/> 食べない	<input type="checkbox"/> 話さない
利用者と次のようなお話をすることがありますか？ あてはまるものすべてを選んでください。				
<input type="checkbox"/> 食べ物のなまえなどのこと	<input type="checkbox"/> 食べ物と健康の関係のこと	<input type="checkbox"/> 栄養のこと	<input type="checkbox"/> 食べ物の旬のこと	<input type="checkbox"/> 食事マナーのこと
<input type="checkbox"/> 味付けや料理方法のこと	<input type="checkbox"/> 食べ物に命があること	<input type="checkbox"/> 朝食の献立のこと	<input type="checkbox"/> 昼食の内容のこと	<input type="checkbox"/> 夕食の献立のこと
<input type="checkbox"/> 節分・お雛祭りなどの行事食のこと	<input type="checkbox"/> 郷土料理など伝統食のこと	<input type="checkbox"/> 苦手な食べ物が食べられたこと	<input type="checkbox"/> 体を動かすことが必要なこと	<input type="checkbox"/> 食べものをよく噛むこと
食事に対するあなたの考えについてうかがいます。				
節分・お雛祭りなどの行事食を伝えることは大切だと思いますか？	郷土料理などの伝統食を伝えることは大切だと思いますか？	食事バランスの適切なとり方を教えることは大切だと思いますか？	料理のコツなどを教える料理教室は必要だと思いますか？	病気(糖尿病・高血圧など)や肥満・やせの相談を受ける必要があると思いますか？
<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う
<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う
<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない
<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない
食事時のあいさつ「いただきます」などは必要だと思いますか？	食事の準備をいっしょに行うことは必要だと思いますか？	食事の後片付けをいっしょに行うことは必要だと思いますか？	簡単に作れる料理などレシピ紹介をすることは必要だと思いますか？	楽しんで食べる環境(場所マナー、音楽等)づくりは大切だと思いますか？
<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う
<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う
<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない
<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない
食べ物の旬を伝えることは必要だと思いますか？	食べものと健康の関係を教えることは必要だと思いますか？	ゆっくりと良く噛んで食べるを教えることは必要だと思いますか？	歯みがきと歯の大切さの関係を教えることは必要だと思いますか？	身体計測の結果を見てやせや肥満の確認は必要だと思いますか？
<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う	<input type="checkbox"/> そう思う
<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う	<input type="checkbox"/> 少しそう思う
<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない	<input type="checkbox"/> あまりそう思わない
<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない	<input type="checkbox"/> そう思わない

ご回答いただいた質問票は、そのまま研究事務局に送られます。記入もれや記入まちがいがあっても修正のお願いをすることができません。せつかくのお答えを役に立てることができません。これはとても申し訳ないことですので、ぜひ、もう一度、確かめてくださると幸いです。

かなり時間がかかりますが、「集計結果」ができましたら、お知らせ申し上げます。

本研究の代表者： 日本栄養士会全国福祉栄養士協議会 協議会長 政安静子(まさやすしずこ)

ご協力に深くお礼申し上げます。ありがとうございました。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V 資料編

研究説明書

調査説明会資料 I

調査説明会資料 II

栄養マネジメント様式・食習慣指導報告書

食生活・栄養支援のための支援ガイドブック(栄養ケア実践用マニュアル)

グループホーム・ケアホーム入居者の食生活・栄養支援の在り方に関する調査研究 研究説明書

研究題目

グループホーム・ケアホーム入居者の食生活・栄養支援の在り方に関する調査研究

1. 研究目的

グループホーム・ケアホームを利用している障害者における食生活・栄養支援サービスの実態とニーズを、グループホーム・ケアホームの食生活・栄養支援の実態及びニーズに関する質問票（以下「ニーズ調査質問票」という）により把握し、食生活・栄養支援サービスを必要とするグレーゾーンを、障害者用簡易栄養状態アセスメント質問票（以下「障害者用栄養アセスメント質問票」という）と簡易型自記式食事歴法質問票（brief-type self-administered diet history questionnaire: 以下「BDHQ」という）を実施して把握し、その個人結果帳票を活用した栄養改善（食習慣指導）を行い、その効果を明らかにして、栄養改善（食習慣指導）の技法の確立と食生活・栄養支援サービスのシステム構築を行うことを目的とする。本研究は次の4つの各個研究から構成されている：（1）グループホーム・ケアホームの食生活・栄養支援の実態と真のニーズの把握、（2）障害者用栄養アセスメント質問票による食生活・栄養状態に課題のある者の抽出に関する実施可能性の検証、（3）抽出されたグループホーム・ケアホームの利用者に対してBDHQの個人結果帳票を用いた栄養改善（食習慣指導）をモデル的に実施したときの検証をする。

2. 研究(調査)実施計画

2-1. グループホーム・ケアホームの食生活・栄養支援の実態と真のニーズの把握

(1) 対象者

全国のグループホーム・ケアホーム（500施設程度）の世話人。

(2) 研究（調査）の内容

ニーズ調査質問票を用いた食生活・栄養支援の実態とニーズに関する調査。

(3) 研究（調査）実施期間

参加者1人ずつからみたニーズ質問票調査に要する期間は、倫理審査申請承認日から平成23年12月31日のうちの数時間（実質時間は20分程度）。

(4) 研究（調査）の流れ

- ①調査数日前に、グループホーム・ケアホームのサービス管理者を通して研究計画書、食生活・栄養支援の実態とニーズに関するニーズ調査質問票を配布する。調査に参加する意思をもつ者は、ニーズ調査質問票に回答していただく。
- ②あらかじめ指定された日時に、ニーズ調査質問票を持参して障害者支援施設あるいはあらかじめ指定された会場に来ていただく。もしくは管理栄養士・栄養士（調査研究担当者）がグループホーム・ケアホームに訪問させていただく。会場の場所と日時は別途知らせる。管理栄養士・栄養士（調査研究担当者）は持参されたニーズ調査質問票内容を確認する。場合によっては、さらに質問をさせていただく場合がある。予定される必要時間はおよそ30分程度である。

2-2. 障害者用栄養アセスメント質問票とBDHQによる食生活・栄養状態に課題のある者の抽出に関する実施可能性の検証

(1) 対象者

全国のグループホーム・ケアホームで生活する障害者5,000人程度。

(2) 研究（調査）の内容

- ① 障害者用栄養アセスメント質問票と BDHQ を用いた健康状態・生活習慣・食習慣に課題のある障害者の抽出に関する調査（実施可能性調査）。
 - ② 身体測定（立位で計測できる測定器を用いて身長、体重を立位で計測）。既に計測している場合は記録から転記。
- (3) 研究（調査）実施期間
参加者 1 人ずつからみた調査に要する期間は、①障害者用栄養アセスメント質問票調査と BDHQ には倫理審査申請承認日から平成 23 年 12 月 31 日のうちの数時間（実質時間は 30 分程度）。身体計測にはその日の約 10 分程度。
- (4) 研究（調査）の流れ
- ①調査数日前に、グループホーム・ケアホームのサービス管理者および世話人を通して研究計画書、同意書、障害者用栄養アセスメント質問票と BDHQ を配布する。調査に参加する意思をもつ者は、同意書に本人又は代諾者の署名を行い、障害者用栄養アセスメント質問票と BDHQ に回答していただく。
 - ②あらかじめ指定された日時に、署名入りの同意書と回答済みの障害者用栄養アセスメント質問票と BDHQ を持参して、障害者支援施設あるいはあらかじめ指定された会場に来ていただく。もしくはグループホーム・ケアホームに訪問させていただく。会場の場所と日時は別途知らせる。
 - ③管理栄養士・栄養士（調査研究担当者）は持参された障害者用栄養アセスメント質問票と BDHQ の内容を確認する。場合によっては、さらに質問をさせていただく場合がある。身体計測の数値が確認できない場合は、看護師・管理栄養士・栄養士等が身体測定を行う。予定される必要時間は全部でおよそ 1 時間程度である。ただし、たくさんの方が同時に会場にお見えになった場合は、少しお待ちいただくこともある。

2-3. グループホーム・ケアホーム利用者に対して栄養改善（食習慣指導）をモデル的に行ったときの検証

- (1) 対象者
全国のグループホーム・ケアホームで生活する障害者 1,000 人程度。
- (2) 研究（調査）の内容
障害者用栄養アセスメント質問票と BDHQ から抽出された食生活・栄養状態に課題のある障害者を対象に、BDHQ の個人結果帳票を用いた食習慣指導を実施し、その介入効果を検証する。
- (3) 研究（調査）実施期間
研究全体として、倫理審査申請承認後の日から平成 24 年 3 月 10 日（調査と試料の測定、データの入力、個人結果の返却、データの解析を含む。論文執筆など、結果の公開は含めない）。参加者 1 人ずつからみた介入に要する期間は、倫理審査申請承認日から平成 24 年 3 月 10 日のうちの数時間。
- (4) 研究（調査）の流れ
- ①**2-2.** 障害者用栄養アセスメント質問票と BDHQ による食生活・栄養状態に課題のある者の抽出に関する実施可能性の検証において食生活・栄養状態に課題があるとして抽出された者を対象に、栄養改善（食習慣指導）を行う。
なお、この研究は、日常生活における状態を観察することを目的としているため、研究期間前後の生活には何らの規制も行わない。参加者への具体的なお願いの内容は、この研究計画書の最後に添付されている付録（具体的にお願ひする内容）を参照されたい。調査対象者の ID は必ず確認し、ID と氏名の一覧表を研究（調査）が終了するまで手元に置く。調査事務局からの FAX 等での問い合わせは ID で行う。

- ② 食生活・栄養状態に課題があると抽出された対象者を前期介入群と後期介入群とに分け、栄養改善（食習慣指導）を実施する。前期介入群においては後期を非介入とし、後期介入群は前期を非介入とする。なお、障害者支援施設の栄養改善サービスである栄養スクリーニング・アセスメント・ケア計画と併せて BDHQ から出力される個人ごとの「個人結果帳票（11 枚：合計 22 ページ）」と「個人結果帳票を効果的に用いるための専用補助カード（全およそ 100 枚：個人結果帳票の結果に応じて対象者ごとにこの中から 5 枚程度を選択）」を用いた食習慣指導（15 分/回程度）を、障害者支援施設の管理栄養士・栄養士（調査担当者）が 3 カ月間（2 回/月、合計 6 回）モデル的に実施する。
- なお、対象者のうち医療施設で定期的に食事指導を受けている者、または、医療施設で定期的に食事指導を受ける必要があると認められる者は除外する。

3. データの管理と保管

- (1) データの管理に当たり、個人名義を ID 化し、個人名と各測定データは別途保管する。各測定データは ID 番号のみで管理し、各個人が同定できないようにする。
- (2) 本研究データを本研究の目的以外に使用しない。

4. 参加者の人権擁護のための配慮

- (1) 参加者のプライバシーに関する事項は本人の同意なしに公開しない。
- (2) この調査によって得られた内容は、全体として統計解析に利用するために使用する。個人が特定できる形でデータを公表することはない。

5. インフォームドコンセント

- (1) 参加を希望する者には、予め本研究の目的、主旨、方法および得られる成果について文書を添えて口頭にて説明を行い、研究（調査）に対して十分な理解と参加の同意が得られかつ必要事項および本人または家族等の代諾者による代理署名または捺印のある同意書が得られた者を参加者とする。調査への参加に同意しない場合でも不利益を受けない。なお、協力者が自署にて署名が困難な場合は、代諾者に協力との関係も含めて署名をお願いする。また、代諾については、より慎重にする。
- (2) 調査への参加者は調査から離脱する自由を常に保障され、また、離脱によりいかなる不利益も被らないことが保証されている。すなわち、調査への参加を同意した後における調査への不参加あるいは中止は自由意思に基づくものとする。
- (3) 疑問や質問、意見がある場合への対応
不明な点がある場合は下記に示す主任研究者へ連絡し、詳細な回答を求めることができるようにする。

6. 研究（調査）費と参加者の費用負担

- ① この研究（調査）は、平成 23 年度障害者総合福祉推進事業「グループホーム・ケアホーム入居者の食生活・栄養支援の在り方に関する調査」の経費によって賄われる。
- ② 参加者の費用負担はない。また、調査実施場所までの交通費は支給しない。

7. 研究（調査）実施場所

参加者が利用しているグループホーム・ケアホーム。

8. 主任研究者

社団法人日本栄養士会全国福祉栄養士協議会 協議会長 政安静子

付録

【具体的にお願いしたいこと】

- (1) 調査研究計画書をよくお読みいただき、調査に同意される本人または代諾者は、同意書に署名をして、調査用紙等にお答えください。内容がわかりにくい場合や疑問がある場合は、研究事務局または障害者支援施設の担当者にお聞きください。担当者が説明させていただきます。
- (2) 身体計測が必要な場合は、グループホーム・ケアホームで測定させていただきます。

全国福祉栄養士協議会 中堅者研修Ⅱ
2011/08/28 (日) 16:30~17:30

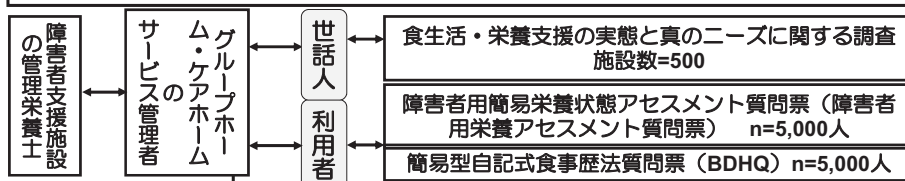
全国福祉栄養士協議会

平成23年度の調査研究について

(社) 日本栄養士会 全国福祉栄養士協議会
協議会長 政安 静子 (まさやすしずこ)

グループホーム・ケアホームの利用者に対する栄養改善システムの構築と食習慣指導の実施に関する研究の流れ

グループホーム・ケアホームの利用者および世話人 n=5,000 施設数=500



栄養アセスメントの使い易さの検証
食生活・栄養に課題のある人を抽出 (障害者用栄養状態アセスメント50点以上) ⇒ 管理栄養士に指導依頼

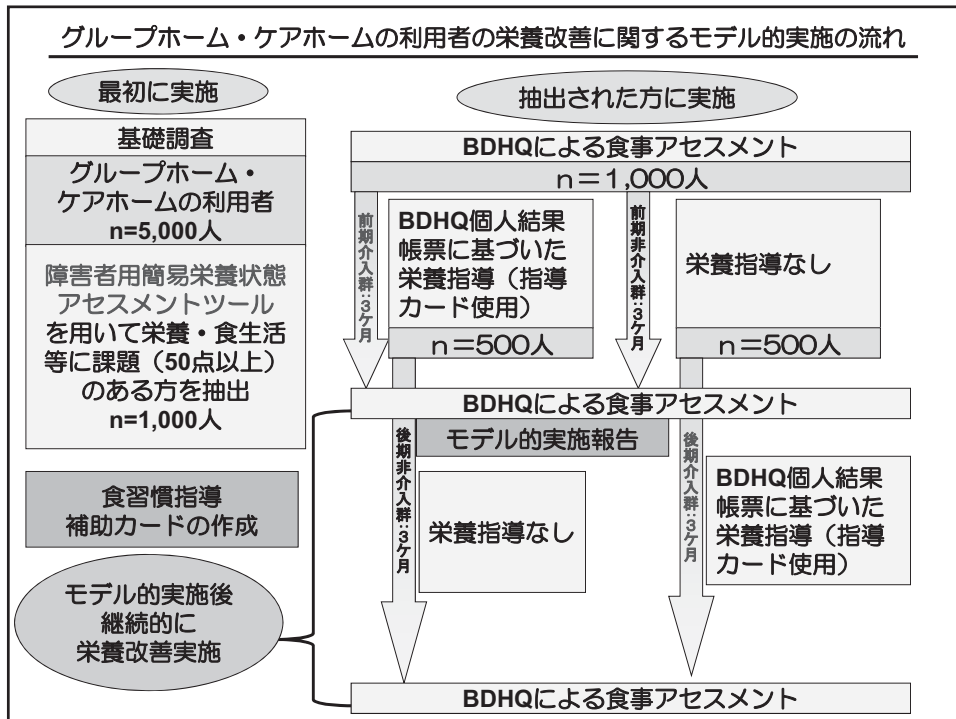
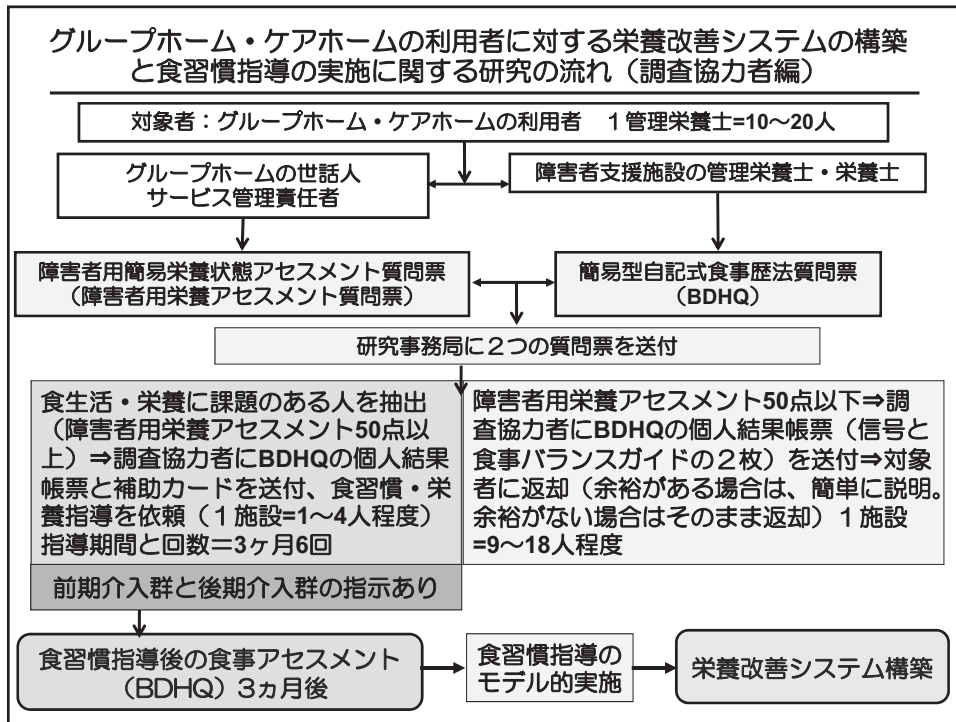
BDHQの個人結果帳票を用いて食習慣・栄養指導 n=1,000人、施設数=500

栄養マネジメントの方法を用いてアセスメント・計画・実施・モニタリングを実施
BDHQの個人結果帳票と補助カードを用いて食習慣指導を実施 ⇒ 3ヶ月6回

栄養改善システムの構築

食習慣指導後の実態調査 (BDHQ)

食習慣指導のモデル的实施



全国福祉栄養士協議会第16回専門研修会

食事アセスメントと食習慣指導の理論と技術

簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）を例にして

【関連資料】

佐々木敏 わかりやすいEBNと栄養疫学 同文書院
佐々木敏 食事摂取基準入門—そのころを読む— 同文書院
EBNJAPAN <http://www.ebnjapan.org/>

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻社会予防疫学（教授）
佐々木敏 （ささきさとし）

（問題）

おとなの人が1日に食べたい野菜は何グラムですか？

あなたは野菜を何グラム食べていますか？

(問題)

おとなの人が1日に食べたい食塩は何グラムですか？

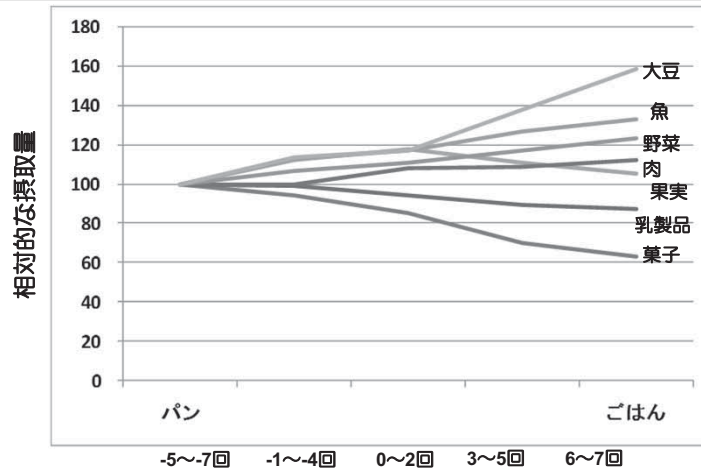
あなたは食塩を何グラム食べていますか？

(問題)

朝食をとるように指導したいですか？

朝食をとるとどんなよいことがありますか？

朝食にごはんを食べると何かよいことはあるのか？

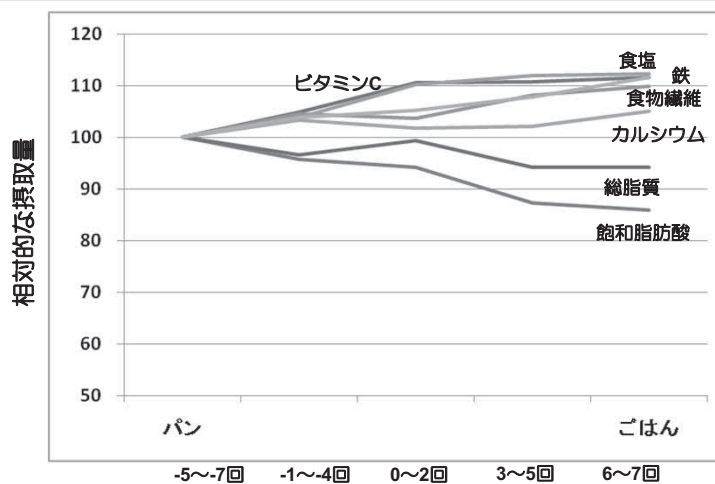


朝食の主食（ごはん-パン）[回/週]と1日に食べる食品の関係
1771人の女子大学生

Sasaki, et al. J Community Nutr 2002; 4: 83-9.

ごはんの効能は、ごはんのまわりにある

朝食にごはんを食べると何かよいことはあるのか？



朝食の主食（ごはん-パン）[回/週]と栄養素摂取量の関係
1771人の女子大学生

Sasaki, et al. J Community Nutr 2002; 4: 83-9.

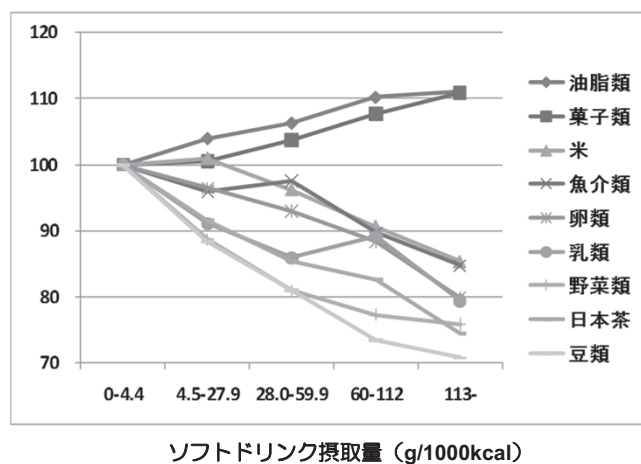
ごはんの効能は、ごはんのまわりにある

(問題)

甘い飲み物は飲まないように指導したいですか？

甘い飲み物を飲むとどんなよくないことがありますか？

ソフトドリンク摂取量と食品・飲み物摂取量の関連 (18-20歳女性：3931人)
(過去1か月間：DHQによる)

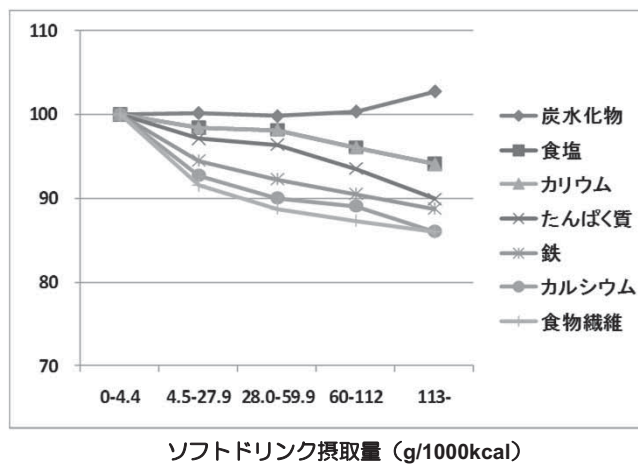


傾向性のp-値： すべて $p < 0.0001$ (乳類のみ = 0.002)

居住地域、居住地域の規模、居住形態、喫煙、飲酒、サプリメント使用、ダイエット、摂食速度、身体活動レベル、エネルギー摂取量で調整済み。

Yamada, et al. J Am Diet Assoc 2008; 108: 1997-2004.

ソフトドリンク摂取量と栄養素摂取量の関連（18-20歳女性：3931人）
（過去1か月間：DHQによる）



傾向性のp-値： すべて $p < 0.0001$

居住地域、居住地域の規模、居住形態、喫煙、飲酒、サプリメント使用、ダイエット、摂食速度、身体活動レベル、エネルギー摂取量で調整済み。

Yamada, et al. J Am Diet Assoc 2008; 108: 1997-2004.

2つの「健診の結果（食事指導付き）」をお見せします。
あなたご自身の結果だと思ってください。

どちらが魅力的ですか？

健診の結果、血圧が高く、LDLコレステロールが高いことがわかりました。

収縮期血圧： 142mmHg

拡張期血圧： 86mmHg

LDLコレステロール： 154mg/dl

塩辛いものを避け、揚げ物にも注意してください。

ラーメンのスープなどはできるだけ残すようにしてください。塩分を少なくするためには、お酢をうまく使うことをお勧めします。おしょうゆの代わりにレモンをかけて食べるのもよいです。

揚げ物は避けてください。揚げ物を食べるときには衣はできるだけ食べないように気をつけてください。

野菜はたっぷり食べるようにしてください。コレステロールの多い食品（イクラなど）には気をつけてください。

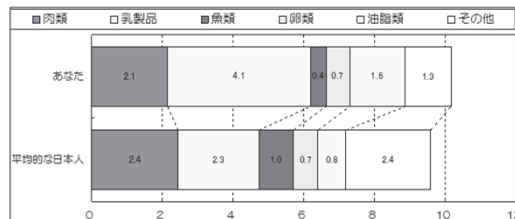
健診の結果、血圧が高く、LDLコレステロールが高いことがわかりました。

収縮期血圧：142mmHg 拡張期血圧：86mmHg

LDLコレステロール：154mg/dl

食塩摂取量：約11.0g/日 アルコール：約2.2合/日

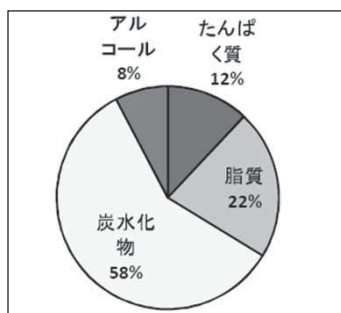
飽和脂肪酸：



%E = 総エネルギーに占める割合 (%表示)

食塩はほぼ人並みですが、
 お酒の飲みすぎは血圧にはよくないですね。
 LDLコレステロールには飽和脂肪酸をとり過ぎないようにしたいところです。どの食べ物に問題あるか、図をみて考えましょう（あなたの場合は問題は乳製品ですね）。

そんなにお酒をたくさん飲んでいるわけではないが...



1日当たりに食べる重量 (g) で示します

あなたの摂取量	●	77g
あなたの食べたい量		60g 程度かそれ以上

取り過ぎが気になる人が多いかも：脂質（脂肪）
 脂質と炭水化物は、エネルギー（カロリー）全体に占める割合が大きい

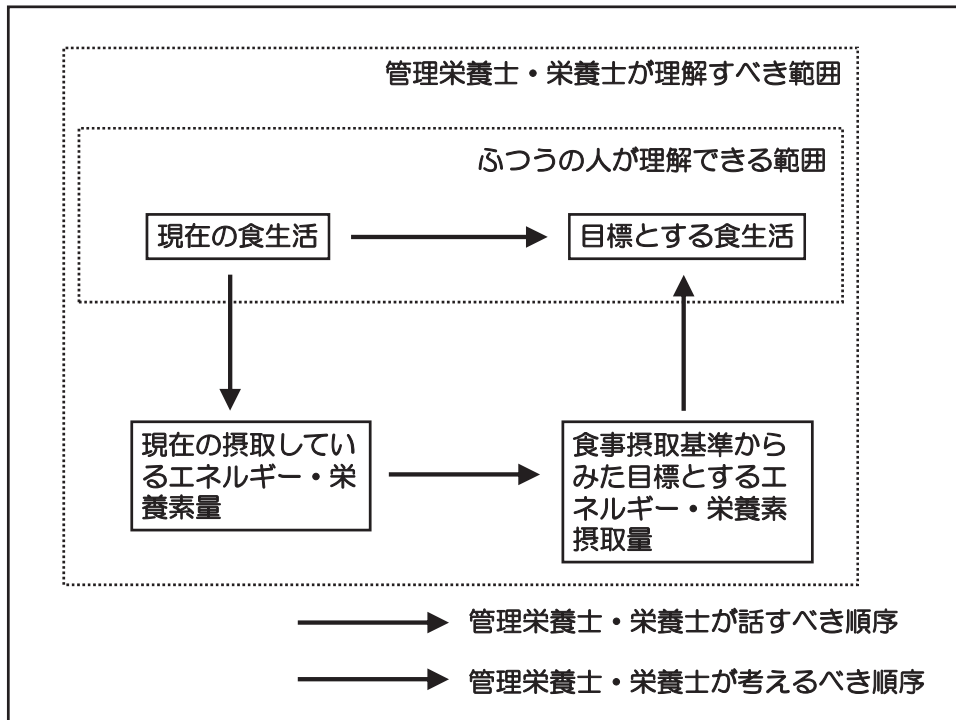
あなたの摂取量	●	22%未満
あなたの食べたい量		20~25%程度

エネルギー（カロリー）の源：炭水化物

あなたの摂取量	●	59%未満
あなたの食べたい量		50~70%程度

お酒（アルコール）を飲みすぎいでいませんか？





あなたの摂取量	●	0.9合（日本酒換算）
---------	---	-------------



1) 食事調査から得られる情報とは

レベル別にみたアセスメント (BDHQの長所と短所)

提供：大久保公美先生

レベル	栄養素	食品・食材料	料理・食事	食習慣・食行動
内容	 名称はわかる 目に見えない	 ある程度、目に見えてわかる	 食べる時に見えている状態	 消化・吸収代謝 排泄(尿・便) 振り返ることができる
アセスメント	エネルギー 炭水化物 たんぱく質 脂質 ビタミン ミネラル など	各食品・食品群別摂取量	主食(ごはん、パン、麺) 主菜(肉・魚料理) 副菜(野菜料理) など	朝食頻度、嗜好、食べる速さ など

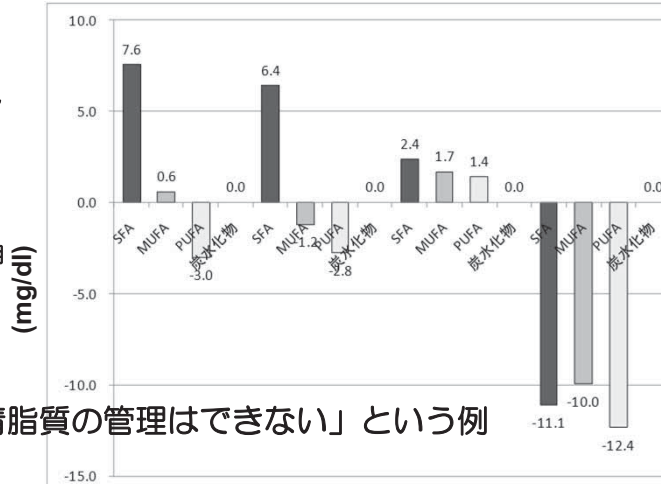
食事調査から、どのレベルのことについて知りたいですか？

どの栄養素について知りたいのか？

科学的に、生活習慣病と密接な関係がある栄養素に的を絞りました。
 ☆「脂質異常症」なら、「脂質」ではなくて「飽和脂肪酸」と「多価不飽和脂肪酸」。 高血圧なら「食塩」だけでなく「カリウム」と「アルコール」も。

総エネルギー摂取量を一定にして、5%エネルギーを炭水化物からそれぞれの脂肪酸に食べ変えたときの血清脂質濃度の変化

27の介入試験（総対象者数：682人、試験期間：14～91日間）のメタ分析



「総脂質では血清脂質の管理はできない」という例

Mensink, et al. Arteriosclerosis Thrombosis 1992; 12: 911-9.

2)種類と長所・短所（その2）

☆食事記録法

対象者が一定期間に食べたものを自分で記録する。
 料理名、食品名とその重量が記録の中心。

<長所>

- ・実際に食べる（食べた）ものを忠実に調べられる
- ・対象者の記憶に依存しない

<短所>

- ・対象者の負担が大きい
 →1～3日間程度の記録が限度
- ・食事に対する知識が必要
- ・対象者から得られたデータの再調査や推定が必要
 →大きな労力と時間がかかる
- ・作業担当者によって、結果が大きく左右される
 →標準化が難しい

経済的、時間的に負担が大きな調査法

2)種類と長所・短所（その3）

☆思い出し法

前日に食べたものを思い出し、調査員が対象者から聞き取る。

<長所>

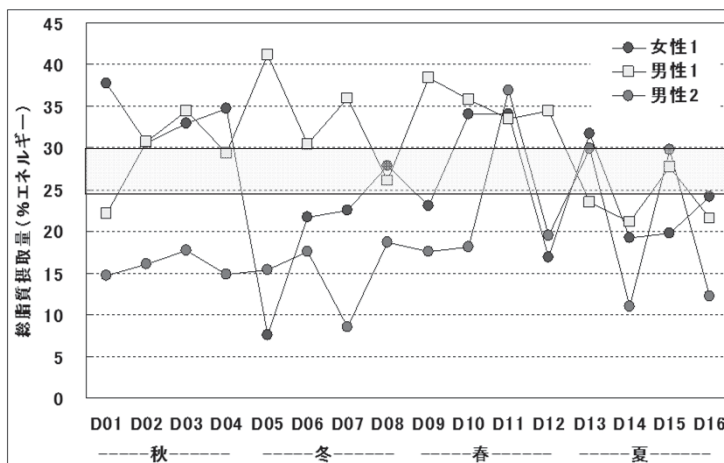
- ・対象者の負担が比較的少ない
- ・比較的高い参加率がえられる
- ・調査による食習慣への干渉が少ない

<短所>

- ・複数日の調査が困難
- ・対象者の記憶に依存する
- ・調査員の技術が必要
- ・標準化が困難



日間変動：ある健康な中年男女3人の脂質摂取量（16日間秤量食事記録調査）



成人の目標量

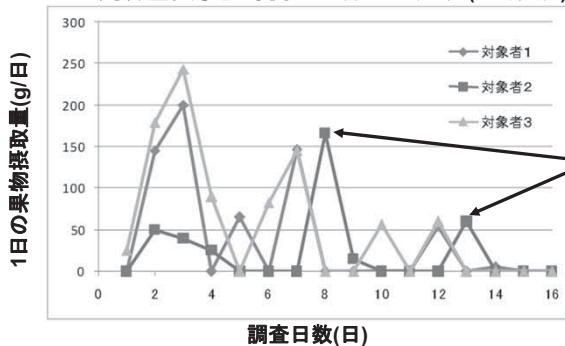
(未発表資料)

1日を単位とすれば、
食事摂取基準を守っている人なんてほとんどいない...かも

日間変動

☆食べるものは、日によって少しずつ異なっています

16日間秤量食事記録調査を行った結果 (内部資料)



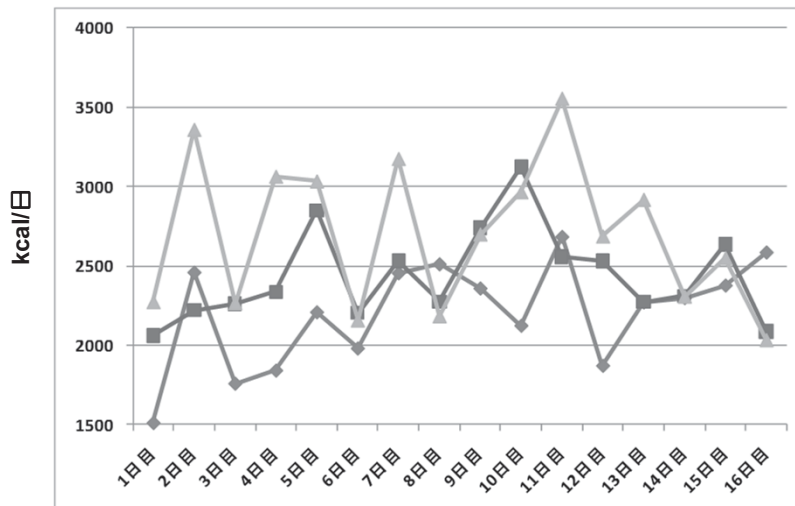
調べる日によって、
食べている量が
異なることがわか
ります。

ある1日を調べても、食習慣を知ることは困難です。

長期間の食事や食習慣について知りたい→食物摂取頻度調査法、食事歴法
ある1日の食事について詳細に知りたい→食事記録法、陰膳法

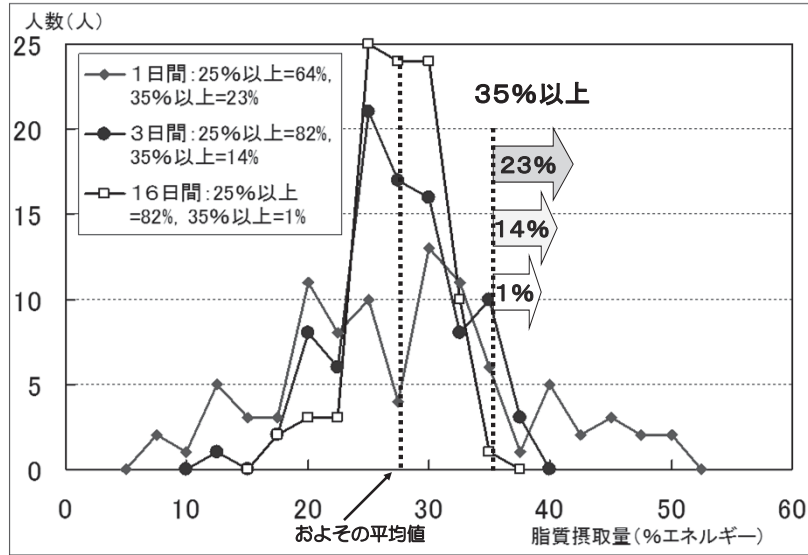
それでもあなたは、食事記録のエネルギーで指導をしますか？

健康な中年男性3人の1日ごとのエネルギー摂取量 (16日間秤量食事記録調査)



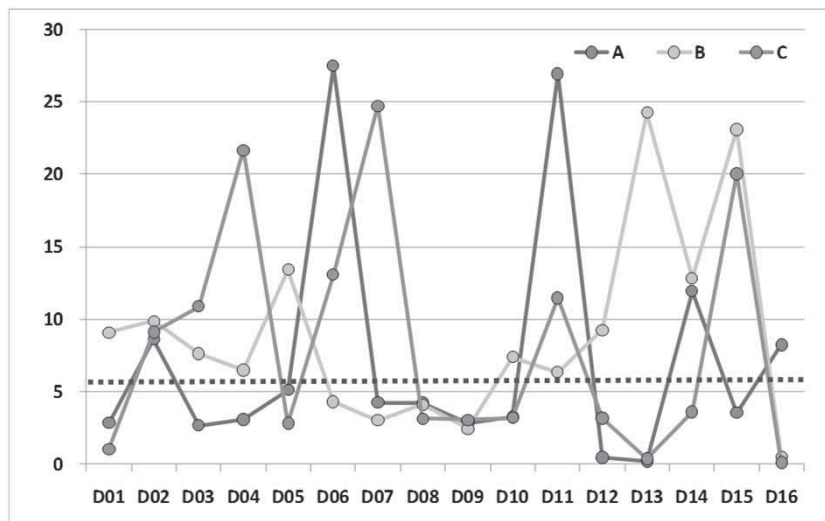
食事摂取基準：エネルギー摂取量の過不足の判定には体格指数を優先して用いる。

16日間半秤量式食事記録法（女子大学生92人）から計算した脂質摂取量の分布



データ提供： 県立長崎シーボルト大学 武藤慶子氏

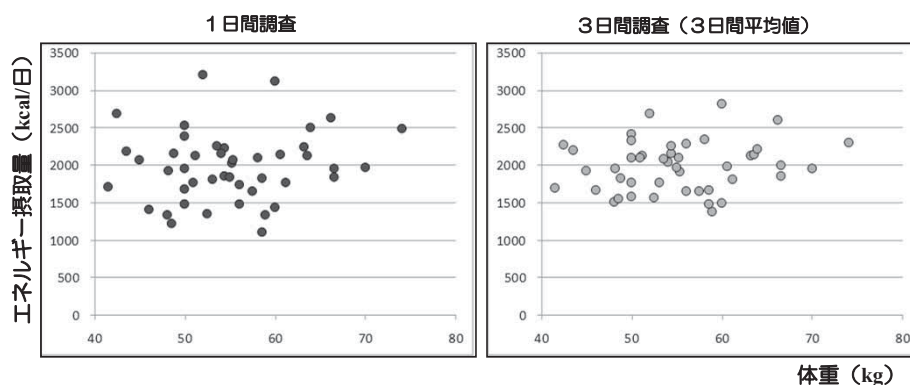
ある健康な中年3人の1日ごとのビタミンD摂取量（16日間秤量食事記録調査） 縦軸の単位は $\mu\text{g}/\text{日}$ 。赤線は目安量（ $5.5\mu\text{g}/\text{日}$ ）。



C005 食事アセスメントの基礎知識 測定誤差（過小過大申告）

2008/06/04/020
改訂：20**/**/**

40～59歳女性45人における体重とていねいな評量式食事記録法によるアセスメントで得られたエネルギー摂取量申告値との関連 (内部資料)



食事アセスメントで調べられる摂取エネルギーと体重のあいだにはほとんど関連がありません。

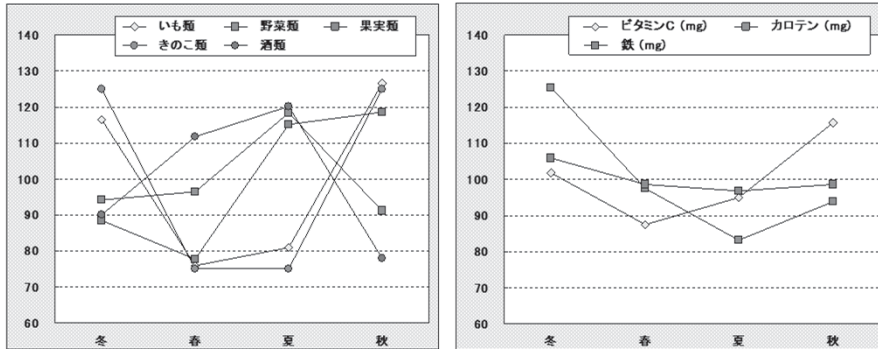
なぜでしょう？

日間変動

- ☆カルシウム、ビタミンDなどの生活習慣病に関連している栄養素は日間変動が大きい傾向にあります。
 - ある日の摂取量を丁寧に調べるよりも、長期間の習慣的な摂取量を調べる方がよいと考えられます。
- ☆どのくらいの期間の摂取量を調べ、その平均値をとればよいのか？
 - 日間変動は栄養素によって異なるために、必要日数は栄養素によって異なります。よって、日間変動の大きいビタミンDなどはとても長い期間を必要とします。
- ☆必要な日数は、どれくらいの精度で摂取量を知りたいのかにも関係します。
 - 約1か月間の摂取状態を把握するように心がければ、ほぼその人の習慣的な摂取の特徴を知ることができる、と考えてよさそうです。

測定誤差（季節変動）

食品群・栄養素摂取量の季節変動（岩手・秋田・長野在住の男性75人における7日間食事記録による平均値）* *年間平均値 = 100とした場合の各季節の平均値



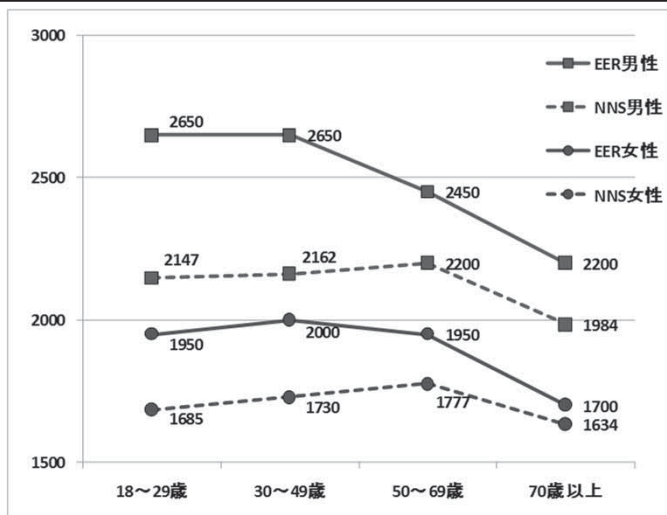
強く有意な季節間差 (p<0.001)が認められた食品群・栄養素のみ図示。
 栄養素では、結果は集団によって異なるが、多くの研究で、日本では、ビタミンC摂取量でほぼ常に季節差が観察されている。酒類に大きな季節差が認められるにもかかわらず、アルコール摂取量には季節差はないことも興味深い。

Sasaki, et al. J Epidemiol 2003; 13(1 Suppl): S23-50.

食品群で見ると明確な季節変動があるが、栄養素でみるとあまり季節変動はない。例外はビタミンC、他数種類の栄養素だけ。

過小申告

成人男性における 国民健康・栄養調査（2005年）で得られた年齢階級別のエネルギー摂取量の平均値と日本人のための食事摂取基準（2010年版）の推定エネルギー必要量（身体活動レベルII）の比較



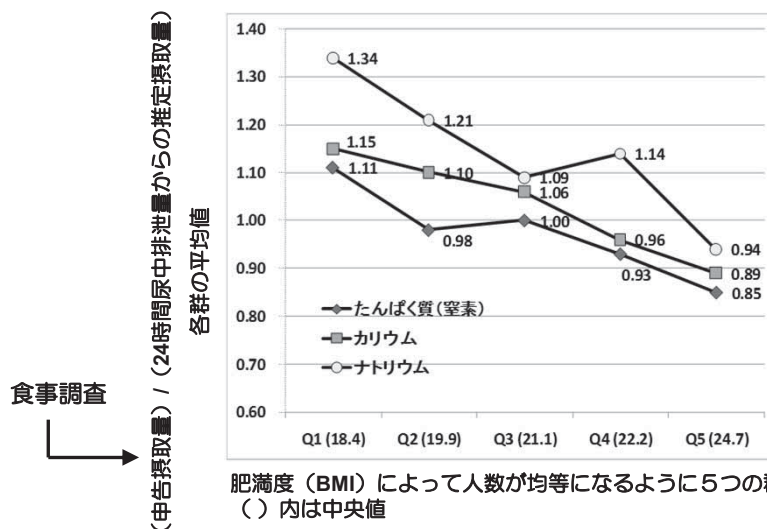
ほぼすべての食事調査で過小申告は起こる。秤量食事記録法は、「理想的ではないが、最善の方法である」

過小申告の存在を知ること、認めることが大切。調査法を批判してはならない！

「過小過大申告」は肥満度にも依存する

栄養素の24時間排泄量を用いた申告誤差に関する研究

解析対象者=18~20歳女性353人



Murakami, et al. Eur J Clin Nutr 2008; 62: 111-8.

2)種類と長所・短所 (その1)

☆食物摂取頻度法

一定期間に食べた食品の頻度を思い出す方法。
 数十から百数十項目の食品の摂取頻度をたずねる。

☆食事歴法

食物摂取頻度法に加えて、食事パターン (食行動、調理法など) の質問も含まれている。

<長所>

- 長期間の食習慣がわかる
- 対象者の負担が少ない
- 調査コストが少ない
- 大人数を対象にできる

<短所>

- 記録法など比べ、精度が劣る、不正確
- リストアップした食品に関する情報しか得られない
- 調理、調味に関する定量的な情報を得にくい

過小申告

そこで、BDHQでは、
摂取量を

☆3大栄養素とアルコールは、総エネルギー摂取量に占める割合（%エネルギー）として表現します。

☆その他の栄養素と食品（群）については、その人が推定エネルギー必要量を摂取していると仮定したときの摂取量（g/日、mg/日など）として表現します。

具体的には、次の計算式で計算されます。

（ここでは、エネルギーと各栄養素の申告誤差がほぼ同じであるという仮定を設けています）

BDHQで調べた栄養素摂取量

×（推定エネルギー必要量 ÷ BDHQで調べたエネルギー摂取量）

☆BDHQからエネルギー摂取量は計算されますが、上記のためと、過小申告（ときには過大申告）がどの程度起こっているかを確認する目安としてしか使いません。

妥当性（精度）は？

さまざまな食事アセスメント法があります。
あなたが使っているアセスメント法の妥当性（精度）を知っていますか？

BDHQを尋ねて、その後に、季節ごとに4日間ずつ（合計16日間）とてもていねいに行った秤量食事記録と比べた結果

	男性(92人)		女性(92人)	
	平均値の差(%)	相関係数	平均値の差(%)	相関係数
エネルギー (kcal/日)	0	0.24	-5	0.26
脂質 (%E)	-3	0.50	-1	0.55
飽和脂肪酸 (%E)	-5	0.55	33	0.60
ナトリウム (mg/1000kcal)	11	0.53	11	0.45
カリウム (mg/1000kcal)	2	0.66	3	0.56
カルシウム (mg/1000kcal)	-9	0.65	-4	0.49
ビタミンC (mg/1000kcal)	24	0.57	33	0.65
食物繊維 (g/1000kcal)	-13	0.69	-10	0.69
アルコール (%E)	20	0.74	-12	0.76

厚生労働科学研究費補助金報告書、2004 より

一般基本編（信号の色）の一部

高血圧、脂質異常症、骨粗鬆症などはありません。
喫煙＝なし。
平日補講数=9000歩

どのようにお話しをしますか？

こんな食べ方や食べ方に注意しましょう。		こんな病気に気をつけましょう。 ○ 肉はまだじゅうぶんには明らかに足りないのです。
●	21.3 <small>kg/m²</small> 体重(kg)を身長(m)の2乗で割った値で、18.5以下がやせ、25.0以上が肥満の目安になります。 太り過ぎの場合は、食事(エネルギー)制限だけでなく運動もお勧めです。	太り過ぎ⇒糖尿病、高血圧症、心筋梗塞 やせ過ぎ⇒骨粗鬆症
●	カルシウムをじゅうぶんにとっていますか？ 牛乳や乳製品、豆腐や納豆などの大豆製品、そして、野菜にもたくさん含まれています。骨ごと食べる魚もお勧めです。	骨粗鬆症
●	鉄をじゅうぶんにとっていますか？ 穀類を除けばほとんどの食品に含まれています。好き嫌いせず、いろいろな食品を食べることが大切です。加工食品に少ない傾向があります。	貧血
●	ビタミンCをじゅうぶんにとっていますか？ 果物、野菜、いも類に多く含まれています。熱や水に弱いので、調理方法に気をつけましょう。	(高血圧症・脳卒中などの循環器疾患・胃がん)
●	食物繊維をじゅうぶんにとっていますか？ 精製度の低い穀類、野菜、豆類、きのこ類、海藻類に多く含まれています。	循環器疾患・糖尿病(大腸がん)
●	カリウムをじゅうぶんにとっていますか？ 野菜、果物、精製度の低い穀類、豆類など、いろいろな食品に含まれています。	高血圧症・脳卒中などの循環器疾患・(骨粗鬆症)
●	食塩を取り過ぎではありませんか？ 調味料だけでなく、加工食品にも多く含まれています。みそ汁やめん類のスープにも多く含まれているので、注意しましょう。	高血圧症・脳卒中などの循環器疾患・胃がん(骨粗鬆症)
●	脂肪を取り過ぎではありませんか？ 料理に使う油(揚げ物や炒め物)、調味料(マヨネーズやドレッシング、バターやマーガリン)、肉の脂身、洋菓子に多く含まれています。取り過ぎないように、少なめにすることをお勧めします。	心筋梗塞などの循環器疾患(乳がん)
●	飽和脂肪酸を取り過ぎではありませんか？ 乳製品や肉類(鶏肉以外)、洋菓子などに多く含まれています。食べ過ぎないように気をつけましょう。脂質異常症(高脂血症)の人は特に注意が必要です。	心筋梗塞などの循環器疾患
●	コレステロールを取り過ぎではありませんか？ 卵や魚、肉類に多く含まれています。脂質異常症(高脂血症)の人は少し控えた方がよいでしょう。	心筋梗塞などの循環器疾患

●、○はあなたの病情報から計算した結果です。数字よりも、栄養素ごとに信号の色を見比べて、あなたの食事の特徴を把握するようにしてください。

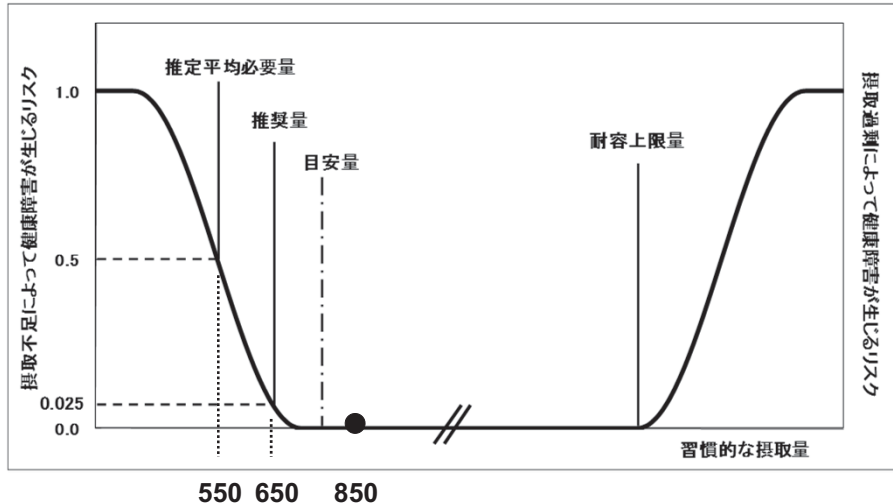
「信号の色」の規則



	EAR,RDA	AI	DG
1(赤)	EARの1倍未満	AIの0.7倍未満	DG下限の0.7倍未満
2(黄)	EAR1倍以上&RDAの0.95倍未満	AIの0.7倍以上0.9倍未満	DG下限の0.7倍以上1倍未満
3(青)	RDAの0.95倍以上	AIの0.9倍以上	DG下限の1倍以上、DG上限の1倍未満
4(黄)	なし	なし	DG上限の1倍以上1.3倍未満
5(赤)	なし	なし	DG上限の1.3倍以上

身体活動レベルは2(ふつう)と仮定。エネルギー摂取量は推定エネルギー必要量に等しいと仮定。

(復習) 鍋底型カーブ



摂取量情報の有無によって食事指導は異なる

【ミニテスト】

55歳の健康な女性です。習慣的なカルシウム摂取量が850mg/日だったとします。これは650mg/日よりもよいことでしょうか？

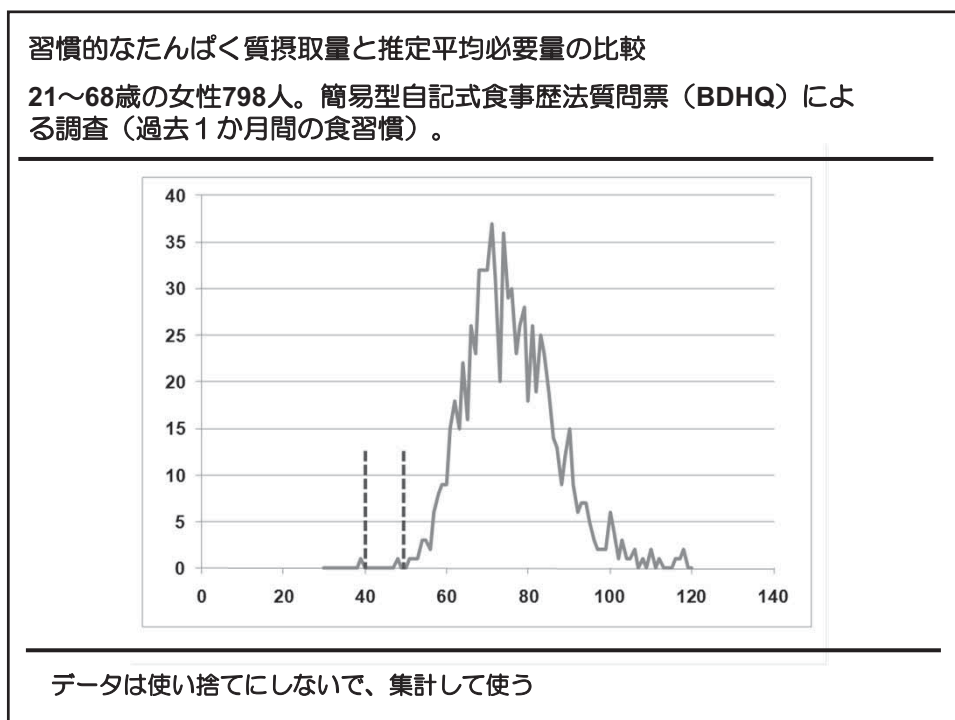
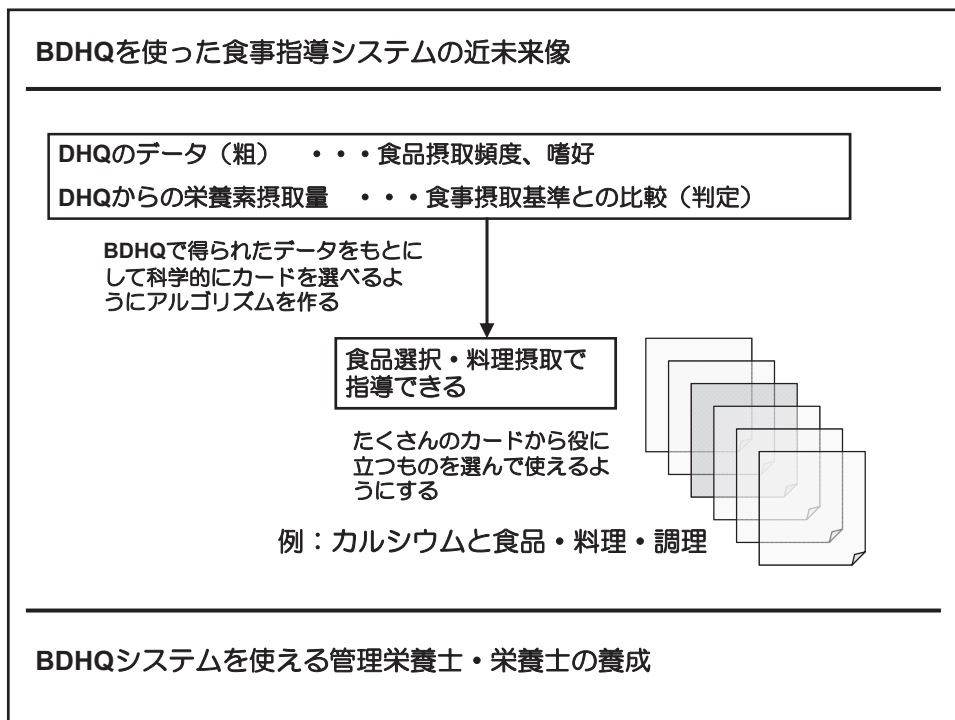
この性・年齢では推奨量が650mg/日ですから、850mg/日と650mg/日の2種類の摂取量における不足確率の差は理論上2.5%となります。これは実質上、無視できるくらいに小さいでしょう。

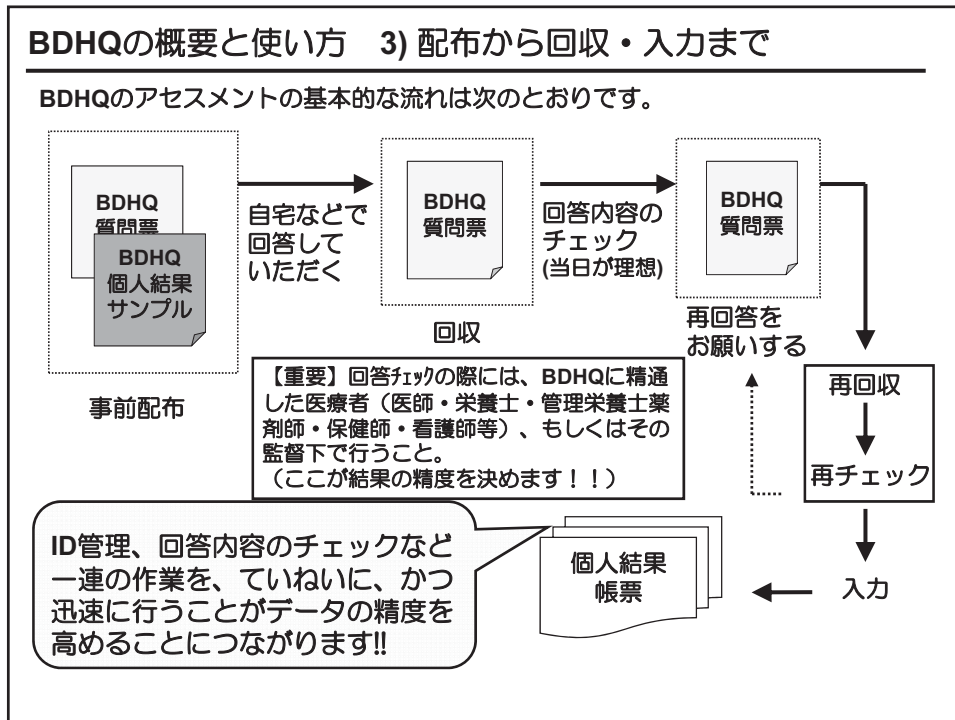
したがって、「あなたはカルシウムがお好きですか？」とお尋ねします。「はい。私はカルシウムが好物です」というお答えを期待しているわけです。「悪いことですか？」と聞かれたら、「いいえ。不足がまず起こらないレベルのとてもよい食べ方だと思います」と答えます。でももしも、「いいえ。好きではないのですががんばって食べるようにしています」とおっしゃったら、「そんなにがんばらなくてもおそらくだいじょうぶですよ」とお答えするでしょう。

【ミニテスト】

55歳の健康な女性です。自分の習慣的なカルシウム摂取量は知らないとします。あなたはこの女性にどのように声をかけますか？

さきほどのミニテストは、自分の習慣的なカルシウム摂取量を知っているという設定でした。一方、こちらは自分の摂取量を知りません。このような場合には安全を考えて「カルシウムが豊富なものを欠かさないように注意してください」となるでしょう。なぜならこの人がいま推奨量以上を摂取していたとしても多少くらいならそれ以上に摂取しても悪いことは起こらないからです。でも、筆者なら「あなたの習慣的なカルシウム摂取量がわからないので、あまり確かなことはいえないですね。ご自分の習慣的なカルシウム摂取量を大雑把でよいので調べてみませんか？」とお答えします。そして、調べ方をお教えします。





2008/06/26/001
改訂：20**/**/**

アセスメント時の注意事項 目的からみたBDHQ質問票の構造

求めるレベルと回答チェックの方針	チェックや再回答が必要なものは...	
<p>低レベル</p>	<p>チェックや再回答がほとんどできない場合</p>	<p>ID、調査年月（空白）、生年月（空白）、主食部分（空白）、2～4ページで1段全部の未回答、4ページ全体の未回答（空白）</p>
<p>中レベル</p>	<p>チェックや再回答はできるができるだけ避けたい場合</p>	<p>低レベルに加え、 主食部分（内容）、お酒（内容）</p>
<p>高レベル</p>	<p>チェックや再回答ができ、できるだけ正確な結果を得たい場合</p>	<p>すべて、 ただし、コーヒー紅茶に入れる砂糖（空白）、白米以外のごはん（空白）は除く</p>
<p>最高レベル</p>	<p>もっとも正確な結果を得たい場合</p>	<p>すべて</p>

（空白）= 空白だったらもう一度尋ねる、（内容）= 内容に疑問があったらもう一度尋ねる。

状況に応じて、チェックや再回答（再アセスメント）をどこまで行なうかをあらかじめ決めておきましょう。
「簡単に」は「精度の悪い結果」となり、けっきょく、対象者のためにならないことをよく考えてください。

栄養スクリーニング (様式例)

記入者氏名

作成年月日

年

月

日

氏名	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害			特記事項
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他()			

栄養状態のリスクのレベル

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	cm	cm	cm	cm
体重 (kg)	kg	kg	kg	kg
肥満度*	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値** (検査日) (g/dl)	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl (/) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	主食 % } 平均 % 副食 % } 内容: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*肥満度を判定した指標を入れる

**検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の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。
○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所(児)者個々の状態に応じて判断し、「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
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	やせ: 15~19未満 肥満: 26~30未満	やせ: 15未満 肥満: 30以上
		身体障害	やせ: 11.5~16未満 肥満: 24.5~28.5未満	やせ: 11.5未満 肥満: 28.5以上
	幼児期 カウプ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ: 13~15未満 肥満: 19~22未満	やせ: 13未満 肥満: 22以上
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ: -15%以下 肥満: 30~50%未満	やせ: 50%以上 肥満: 50%以上
	思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ: -15%以下 肥満: 30~50%未満	やせ: 50%以上 肥満: 50%以上
体重変化率		変化なし (増減: 3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値 (成人のみ)		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 静脈栄養	
褥瘡				褥瘡

***大和田浩子、中山健夫: 知的障害者(児)・身体障害者(児)における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174から算出。

栄養アセスメント・モニタリング（様式例）

利用者名		記入者	
身体状況、栄養・食事に 関する意向		家族構成と キーパーソン	本人 ー

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		年月日（記入者名）	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）
身体計測等	体重 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)
	肥満度 ¹⁾			
	3%以上の体重変化	<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)
	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)
その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）		()	()	()
食生活状況等	食事摂取の状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[] % ()	[] % ()	[] % ()
必要栄養量 （I補給・たんぱく質など）	kcal g	kcal g	kcal g	
食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、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 ()	
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・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項			
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	② 食生活状況等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	④ 身体症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	⑤ 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 ()
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

栄養アセスメント・モニタリング（様式例）

利用者名		記入者	
身体状況、栄養・食事に 関する意向		家族構成と キーパーソン	本人 ー

（以下は、入所者個々の状態に応じて作成）

実施日		年月日（記入者名）	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）
身体計測等	体重 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)
	肥満度 ¹⁾			
	3%以上の体重変化	<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)
	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)
その他（必要に応じて高血圧、高血糖、脂質異常症、貧血等に関する指標）		()	()	()
食生活状況等	食事摂取の状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・主食の摂取状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・主菜の摂取状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・副菜の摂取状況 ²⁾	[] %	[] %	[] %
	・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	[] % ()	[] % ()	[] % ()
必要栄養量 （IUPAC・たんぱく質など）	kcal g	kcal g	kcal g	
食事の留意事項の有無 （療養食の指示、食事形態、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 ()	
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・過栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
	特記事項			
問題点	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	② 食生活状況等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	④ 身体症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	⑤ 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 ()
評価・判定		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

¹⁾ 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。

²⁾ [1 : 良 2 : 不良] の中から [] へ該当数字を記入し、食事摂取量を%で記載。

※ 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」とする。

食習慣指導報告書 ()回目

ID		指導期間	<input type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期	指導年月日	平成	年	月	日
指導時間	<input type="checkbox"/> 5分	<input type="checkbox"/> 10分	<input type="checkbox"/> 15分	<input type="checkbox"/> 20分	<input type="checkbox"/> 25分	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> その他(分)		
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 息子	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他()		
欄に 帳票の 名称を 個人結果 結果 (該当)	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)		<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編		<input type="checkbox"/> 高血圧症				
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折		<input type="checkbox"/> 太り過ぎ				
<input type="checkbox"/> 太りすぎ・やせすぎ		<input type="checkbox"/> カルシウム不足		<input type="checkbox"/> 鉄不足					
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足		<input type="checkbox"/> 食物繊維不足		<input type="checkbox"/> カリウム不足					
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い		<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い					
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い		<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い							
選択した 補助カードの 番号 (該当欄に 番号を入れる)	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	
	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	
	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	
	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	
	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	
	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	
	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	
	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	
	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		
	<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	
	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		
	<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	
	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		
	<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④					
	個人結果 帳票の 着眼点 と 活用内容								
補助カードの 着眼点 と 活用内容									

個人結果帳票と補助カード以外の指導内容																																																																																																																									
前回の指導内容の確認(項目の該当欄に☑を入れる)	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)</td> <td><input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常症</td> <td><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折</td> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 太り過ぎ・やせすぎ</td> <td><input type="checkbox"/> カルシウム不足</td> <td><input type="checkbox"/> 鉄不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ビタミンC不足</td> <td><input type="checkbox"/> 食物繊維不足</td> <td><input type="checkbox"/> カリウム不足</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い</td> <td><input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足	<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い	<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 一般基本編(信号の色)	<input type="checkbox"/> 食事バランスガイドシート編	<input type="checkbox"/> 高血圧症																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・骨折	<input type="checkbox"/> 太り過ぎ																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 太り過ぎ・やせすぎ	<input type="checkbox"/> カルシウム不足	<input type="checkbox"/> 鉄不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> ビタミンC不足	<input type="checkbox"/> 食物繊維不足	<input type="checkbox"/> カリウム不足																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸摂取量が多い	<input type="checkbox"/> 脂肪摂取量が多い																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> アルコール摂取量が多い	<input type="checkbox"/> コレステロール摂取量が多い																																																																																																																								
前回の指導内容の確認(該当欄に☑を入れる)	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-①</td><td><input type="checkbox"/> 1-②</td><td><input type="checkbox"/> 1-③</td><td><input type="checkbox"/> 1-④</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 1-⑯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-①</td><td><input type="checkbox"/> 3-②</td><td><input type="checkbox"/> 3-③</td><td><input type="checkbox"/> 3-④</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 3-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-①</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4-②</td><td><input type="checkbox"/> 4-③</td><td><input type="checkbox"/> 4-④</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 4-⑨</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-①</td><td><input type="checkbox"/> 5-②</td><td><input type="checkbox"/> 5-③</td><td><input type="checkbox"/> 5-④</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 5-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-①</td><td><input type="checkbox"/> 6-②</td><td><input type="checkbox"/> 6-③</td><td><input type="checkbox"/> 6-④</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑦</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 6-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-①</td><td><input type="checkbox"/> 7-②</td><td><input type="checkbox"/> 7-③</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-④</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑧</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑪</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑮</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑯</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑰</td><td><input type="checkbox"/> 7-⑱</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-①</td><td><input type="checkbox"/> 8-②</td><td><input type="checkbox"/> 8-③</td><td><input type="checkbox"/> 8-④</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑩</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑪</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑫</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑬</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑭</td><td><input type="checkbox"/> 8-⑮</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9-①</td><td><input type="checkbox"/> 9-②</td><td><input type="checkbox"/> 9-③</td><td><input type="checkbox"/> 9-④</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 9-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-①</td><td><input type="checkbox"/> 10-②</td><td><input type="checkbox"/> 10-③</td><td><input type="checkbox"/> 10-④</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑥</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑦</td><td><input type="checkbox"/> 10-⑧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-⑨</td><td><input type="checkbox"/> 11-①</td><td><input type="checkbox"/> 11-②</td><td><input type="checkbox"/> 11-③</td><td><input type="checkbox"/> 11-④</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑤</td><td><input type="checkbox"/> 11-⑥</td><td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12-①</td><td><input type="checkbox"/> 12-②</td><td><input type="checkbox"/> 12-③</td><td><input type="checkbox"/> 12-④</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧	<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯	<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①	<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨	<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧	<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦	<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③	<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪	<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱		<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧	<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮		<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧	<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧	<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥		<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④				
<input type="checkbox"/> 1-①	<input type="checkbox"/> 1-②	<input type="checkbox"/> 1-③	<input type="checkbox"/> 1-④	<input type="checkbox"/> 1-⑤	<input type="checkbox"/> 1-⑥	<input type="checkbox"/> 1-⑦	<input type="checkbox"/> 1-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1-⑨	<input type="checkbox"/> 1-⑩	<input type="checkbox"/> 1-⑪	<input type="checkbox"/> 1-⑫	<input type="checkbox"/> 1-⑬	<input type="checkbox"/> 1-⑭	<input type="checkbox"/> 1-⑮	<input type="checkbox"/> 1-⑯																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 2-①	<input type="checkbox"/> 3-①	<input type="checkbox"/> 3-②	<input type="checkbox"/> 3-③	<input type="checkbox"/> 3-④	<input type="checkbox"/> 3-⑤	<input type="checkbox"/> 3-⑥	<input type="checkbox"/> 4-①																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 4-②	<input type="checkbox"/> 4-③	<input type="checkbox"/> 4-④	<input type="checkbox"/> 4-⑤	<input type="checkbox"/> 4-⑥	<input type="checkbox"/> 4-⑦	<input type="checkbox"/> 4-⑧	<input type="checkbox"/> 4-⑨																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-①	<input type="checkbox"/> 5-②	<input type="checkbox"/> 5-③	<input type="checkbox"/> 5-④	<input type="checkbox"/> 5-⑤	<input type="checkbox"/> 5-⑥	<input type="checkbox"/> 5-⑦	<input type="checkbox"/> 5-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 5-⑨	<input type="checkbox"/> 6-①	<input type="checkbox"/> 6-②	<input type="checkbox"/> 6-③	<input type="checkbox"/> 6-④	<input type="checkbox"/> 6-⑤	<input type="checkbox"/> 6-⑥	<input type="checkbox"/> 6-⑦																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 6-⑧	<input type="checkbox"/> 6-⑨	<input type="checkbox"/> 6-⑩	<input type="checkbox"/> 6-⑪	<input type="checkbox"/> 6-⑫	<input type="checkbox"/> 7-①	<input type="checkbox"/> 7-②	<input type="checkbox"/> 7-③																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-④	<input type="checkbox"/> 7-⑤	<input type="checkbox"/> 7-⑥	<input type="checkbox"/> 7-⑦	<input type="checkbox"/> 7-⑧	<input type="checkbox"/> 7-⑨	<input type="checkbox"/> 7-⑩	<input type="checkbox"/> 7-⑪																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 7-⑫	<input type="checkbox"/> 7-⑬	<input type="checkbox"/> 7-⑭	<input type="checkbox"/> 7-⑮	<input type="checkbox"/> 7-⑯	<input type="checkbox"/> 7-⑰	<input type="checkbox"/> 7-⑱																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 8-①	<input type="checkbox"/> 8-②	<input type="checkbox"/> 8-③	<input type="checkbox"/> 8-④	<input type="checkbox"/> 8-⑤	<input type="checkbox"/> 8-⑥	<input type="checkbox"/> 8-⑦	<input type="checkbox"/> 8-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 8-⑨	<input type="checkbox"/> 8-⑩	<input type="checkbox"/> 8-⑪	<input type="checkbox"/> 8-⑫	<input type="checkbox"/> 8-⑬	<input type="checkbox"/> 8-⑭	<input type="checkbox"/> 8-⑮																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 9-①	<input type="checkbox"/> 9-②	<input type="checkbox"/> 9-③	<input type="checkbox"/> 9-④	<input type="checkbox"/> 9-⑤	<input type="checkbox"/> 9-⑥	<input type="checkbox"/> 9-⑦	<input type="checkbox"/> 9-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-①	<input type="checkbox"/> 10-②	<input type="checkbox"/> 10-③	<input type="checkbox"/> 10-④	<input type="checkbox"/> 10-⑤	<input type="checkbox"/> 10-⑥	<input type="checkbox"/> 10-⑦	<input type="checkbox"/> 10-⑧																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 10-⑨	<input type="checkbox"/> 11-①	<input type="checkbox"/> 11-②	<input type="checkbox"/> 11-③	<input type="checkbox"/> 11-④	<input type="checkbox"/> 11-⑤	<input type="checkbox"/> 11-⑥																																																																																																																			
<input type="checkbox"/> 12-①	<input type="checkbox"/> 12-②	<input type="checkbox"/> 12-③	<input type="checkbox"/> 12-④																																																																																																																						
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 指導内容の理解度を確認する </td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> その他の意見 </td> </tr> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> </td> </tr> </table>	指導内容の理解度を確認する	その他の意見	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>																																																																																																								
指導内容の理解度を確認する	その他の意見																																																																																																																								
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 対象者本人の理解度 </td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;"> 本人以外の理解度 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> <td><input type="checkbox"/> 少し理解している</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> <td><input type="checkbox"/> わからない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> あまり理解していない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> <td><input type="checkbox"/> 理解していない</td> </tr> </table>	対象者本人の理解度	本人以外の理解度	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>																																																																																																												
対象者本人の理解度	本人以外の理解度																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 少し理解している	<input type="checkbox"/> 少し理解している																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> わからない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> あまり理解していない	<input type="checkbox"/> あまり理解していない																																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 理解していない	<input type="checkbox"/> 理解していない																																																																																																																								

(社) 日本栄養士会 全国福祉栄養士協議会
平成23年度調査研究マニュアル

食事アセスメントと食習慣指導の理論と技術

BDHQの使い方 (実践編)

東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 社会予防疫学分野 (教授)
佐々木敏 (ささきさとし)

URL: <http://www.nutrep.m.u-tokyo.ac.jp/>

目的

食習慣の改善

行動変容を図るための指導は食習慣指導を実践することである。

管理栄養士が知っている知識を伝えるのは、行動変容の指導にはなりません。

食教育 (知識を授ける) ではない

ポイント

あなた自身の…
健康・食習慣

返却されたカラー
プリントの用紙は、
BDHQの個人結果
帳票と言う。

個人結果票を提示
し、あなたの食事
調査結果について
お話しすることを
伝える。

他人の話ではない

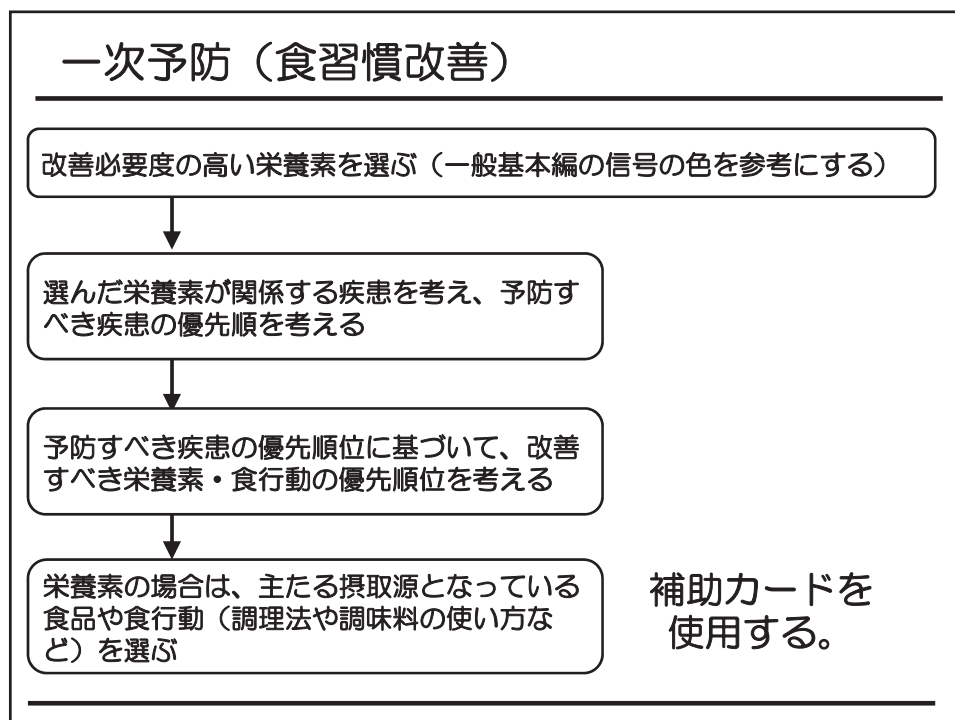
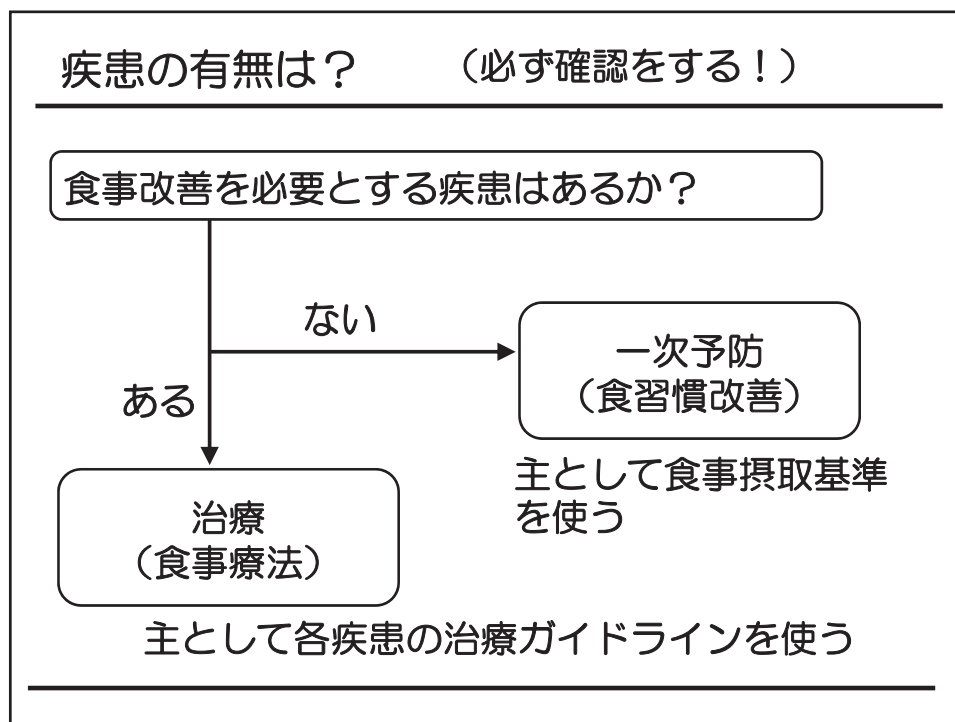
理解能力と実行能力

理解は7つまで
(3つくらいに)

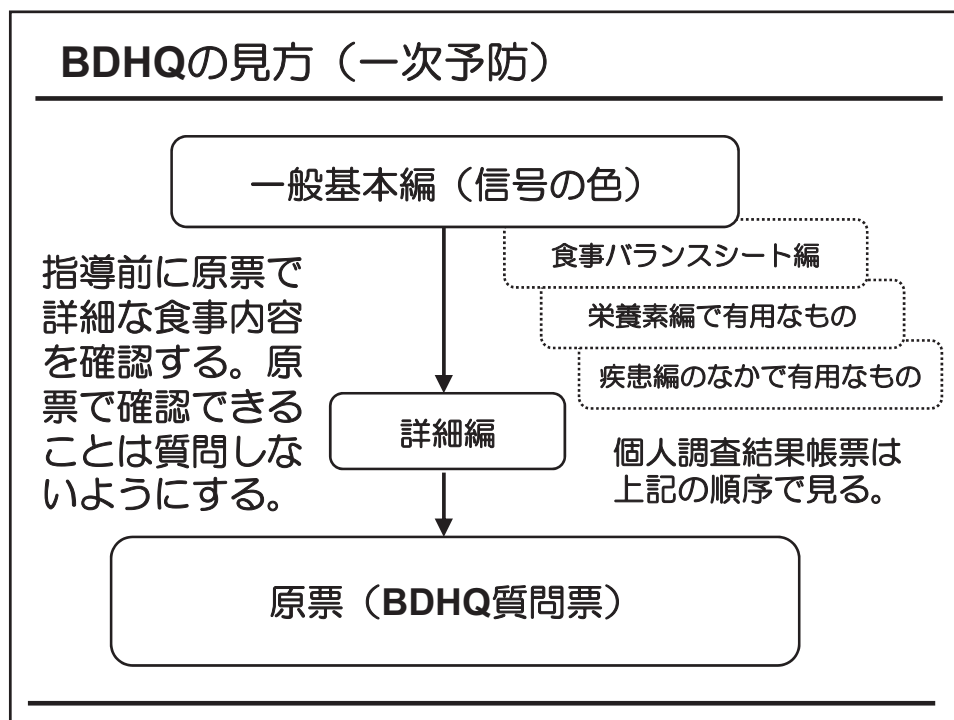
指導は3か月間に6
回行うことを念頭
に置く。

指導対象者の理解
度を確認しながら
指導項目と内容を
決める。

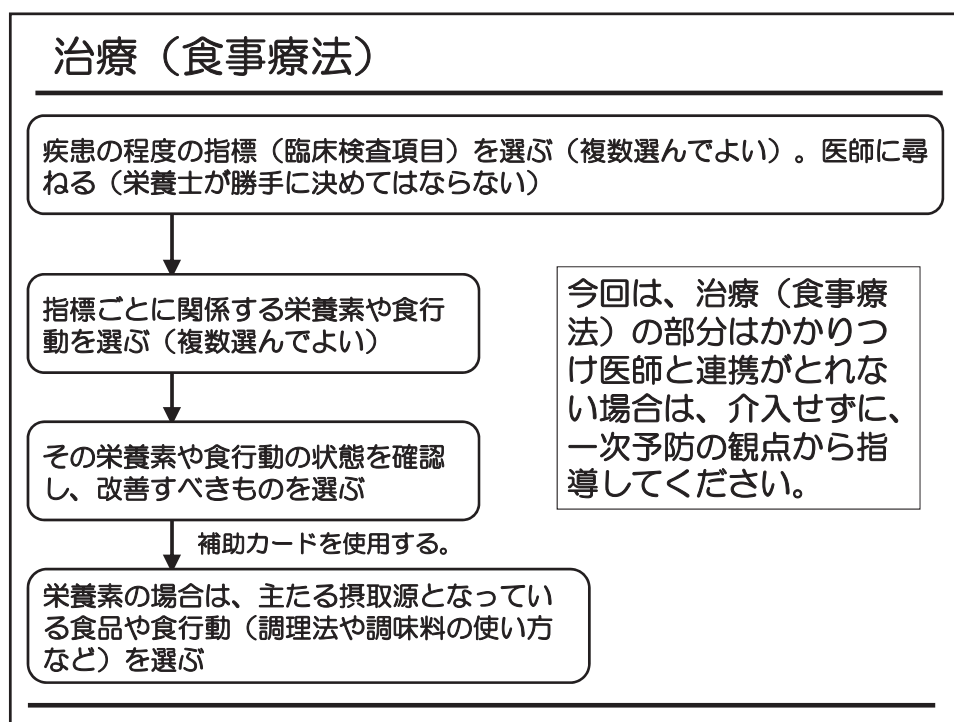
実行は3つまで
(できれば1つ)

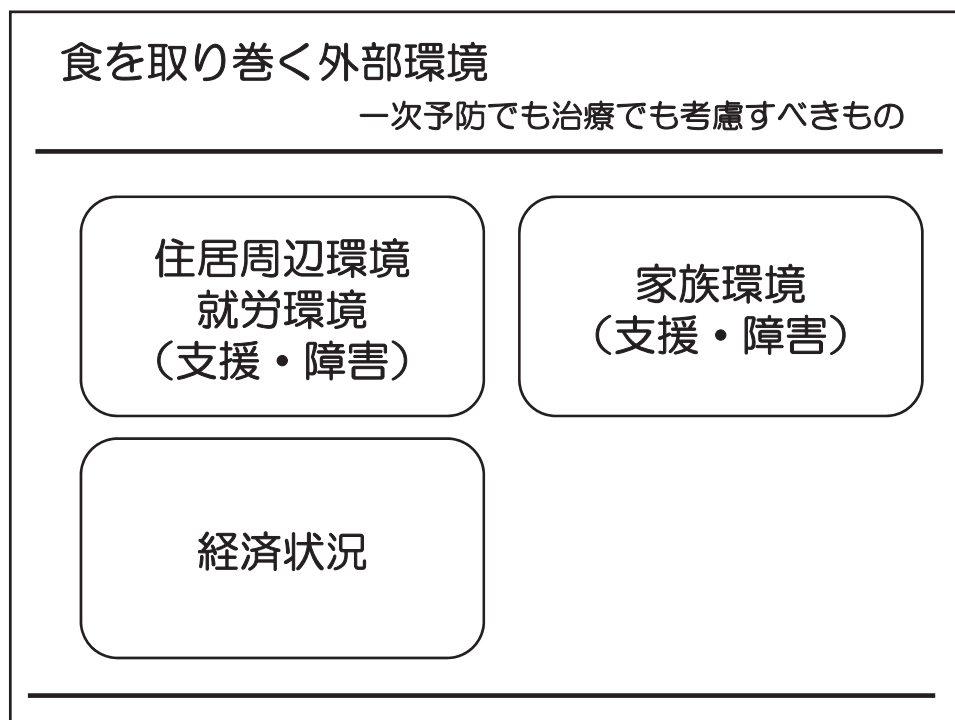
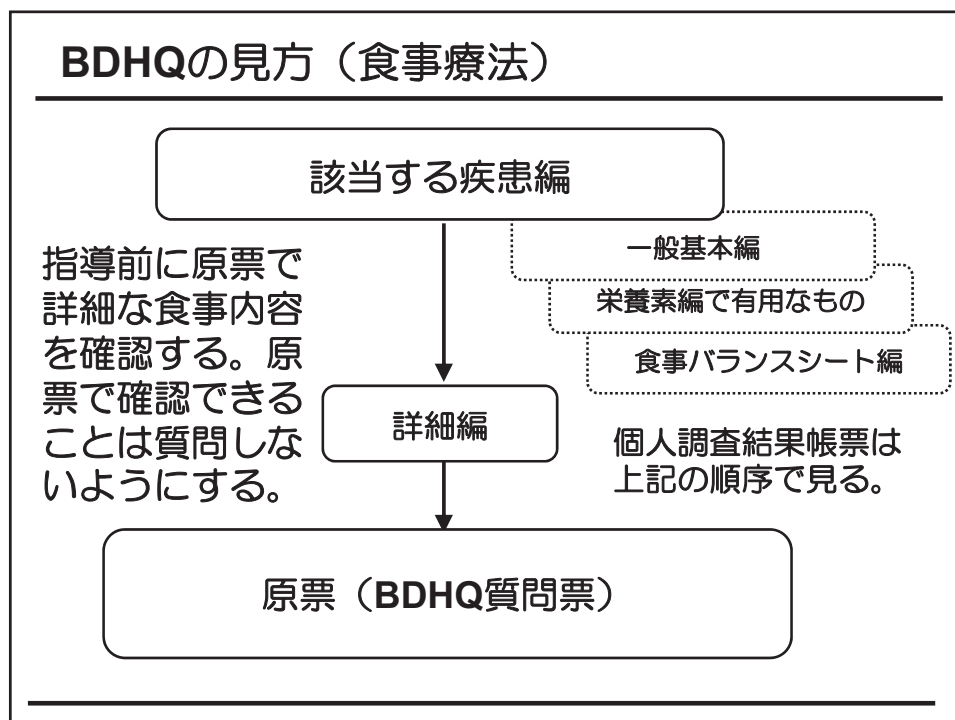


BDHQの見方（一次予防）



治療（食事療法）





食を取り巻く内部環境

一次予防でも治療でも考慮すべきもの

食べるまでの能力：
（自分や家族の）
食材選択能力
購買能力
調理能力

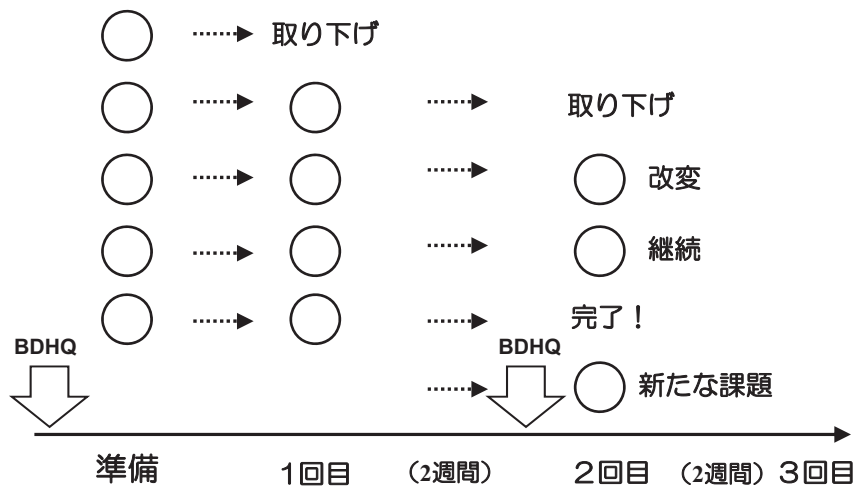
食べる能力：
口腔状態、嚥下能力、
全体的な食べる力

理解能力：食の知識、
知的レベル

興味・やる気
（本人・家族など支
援者）

指導の時間的な流れ

1回の指導時間は15~20分程度



常にBDHQの個人結果に基づいて指導方法を考え、指導を受ける人ができることを指導する

平成23年度障害者総合福祉推進事業

グループホーム・ケアホーム入居者の食生活・栄養支援の
在り方に関する調査

委員会名簿

氏名	所 属
岡田 喜篤	川崎医療福祉大学 学長
◎佐々木 敏	東京大学大学院 医学系研究科公共健康医学専攻 疫学保健学講座 社会予防疫学分野 教授
宮代 隆治	社会福祉法人 さざんか会 理事長
村尾 朗	社会福祉法人 翔の会 入道雲 施設長
政安 静子	社団法人 日本栄養士会 全国福祉栄養士協議会 協議会長

(◎委員長)

「グループホーム・ケアホーム入居者の食生活・栄養支援の在り方に関する調査」
ワーキンググループ

氏 名	所 属
政安 静子	社会福祉法人 新世会 特別養護老人ホーム いくり苑那珂 副施設長
林 弥生	社会福祉法人 横浜博萌会 特別養護老人ホームしらゆり園 管理栄養士
小野 久美子	社会福祉法人 共生会 藤沢特別養護老人ホーム 管理栄養士
竹田 すずよ	川崎市 れいんぼう川崎 主任
高野 佑子	社会福祉法人 新世会 特別養護老人ホーム いくり苑那珂 管理栄養士
佐藤 明子	社会福祉法人 輝きの会 いきいきの郷 管理栄養士
石井 礼子	特別非営利活動法人 発達サポート実冠 栄養相談 総括責任者
田中 眞智子	川崎市市民・子ども局こども本部子育て施策部保育課 担当課長
高橋 由紀子	仙台市蒲町保育所 所長

調査協力施設

順不同

社会福祉法人豊寿会 南成園
社会福祉法人はるにれの里 厚田はまなす園
社会福祉法人 北海道光生会 美唄学園
社会福祉法人 雪の聖母園 清水沢学園
社会福祉法人札幌緑花会 松泉学院
社会福祉法人青森県すこやか福祉事業団 障害者総合福祉センターなつどまり
社会福祉法人義栄会 青森月見寮
社会福祉法人恵徳会 知的障害者更生施設 けやき寮
社会福祉法人七峰会 拓光園
公立もみのき学園
社会福祉法人桂泉会 身体障害者療護施設太陽荘
社会福祉法人愛護会 知的障害者入所更生施設静山園
社会福祉法人カナンの園 奥中山学園
社会福祉法人フレンドシップいわて 虹の家
社会福祉法人幸得会 黄金荘
身体障害者療護施設 不忘園
角間川更生園
社会福祉法人 秋田県阿桜園
社会福祉法人秋田県社会福祉事業団 秋田県清水園
山形県社会福祉事業団 山形県立ワークショップ明星園
山形県社会福祉事業団 山形県立慈丘園
社会福祉法人光風会 光風園
社会福祉法人清流会 清流園
山形県立総合コロニー希望が丘
山形県立みやま荘
知的障害者更生施設 和光園
社会福祉法人愛泉会向陽園地域生活支援センター心音
社会福祉法人いわき福音協会 福島整肢療護園
福島県やぶき自立支援寮
身体障害者授産施設青松苑
障がい者支援施設あさかあすなろ荘
障害者支援施設 福島県ばんだい荘おおば
郡山市花かつみ豊心園
社会福祉法人ふたば会筑波エコー学園
障害者支援施設 ピアしらとり
社会福祉法人白銀会 しらがね苑
障がい者支援施設 ユーカリの里
社会福祉法人 慈光学園
知的障害児施設白山学園
社会福祉法人 希望の家
知的障害者入所更生施設 かしわ荘
社会福祉法人ルンビニー園
社会福祉法人 あゆみ園
社会福祉法人 すぎの芽会すぎの芽学園
社会福祉法人 前橋あそか会 ルンビニー苑
社会福祉法人 三和会 エルシー又藤が丘
社会福祉法人赤城会 しきしま
障害者支援施設はーとふるちハヤ
知的障害者更生施設 大平台学園
ケアホームみかん
社会福祉法人 一越会
前光会 障害者支援施設 青空
群馬県立身体障害者リハビリテーションセンター
社会福祉法人 三和会 エルシー又藤が丘
久喜啓和寮
社会福祉法人茶の花福祉会 大樹館
障害者短期入所事業所 ピクシーフォレスト

社会福祉法人翡翠会 山武みどり学園
社会福祉法人さざんか会 ゆたか福祉苑
社会福祉法人千手会さくら千手園
社会福祉法人教友会 たびたちの村
社会福祉法人調布市社会福祉事業団 なごみ
身体障害者療護施設 八王子療護園
社会福祉法人白根学園 障害者支援施設 希望
社会福祉法人横浜共生会 横浜らいず
社会福祉法人横浜市社会福祉事業協会 よこはまりバーサイド泉
社会福祉法人 恵和
社会福祉法人 くるみ会
社会福祉法人借恵園 借恵いわまワークス
社会福祉法人借恵園 障害者支援施設 借恵
社会福祉法人海風会 いちばん星
社会福祉法人清和会 鎌倉清和園
社会福祉法人素心会 素心学院
社会福祉法人よるべ会 よるべ沼代
社会福祉法人翔の会 福祉総合援助施設「空と海」
社会福祉法人川崎市社会福祉事業団 川崎市柿生学園
社会福祉法人すみれ福祉会 花の郷
社会福祉法人川崎聖風福祉会 聖風ホーム
社会福祉法人みのり会グループホーム 宮崎こぼとの家
社会福祉法人奴奈川福祉会 ワークセンターにしうみ
社会福祉法人中越福祉会 みのわの里
社会福祉法人恵風会 あざみ園
社会福祉法人海望福祉会 あんどの里
花椿・障害者支援施設
社会福祉法人たかおか万葉福祉会 かたかご苑
社会福祉法人希望が丘 希望が丘
社会福祉法人陽風園 ハビリポート若葉
社会福祉法人松原愛育会 ふじのき寮
社会福祉法人うめの木学園 うめの木学園
社会福祉法人門前町福祉会 ふれあい工房 あぎし
社会福祉法人手をつなぐ親の会 たけまた友愛の家
社会福祉法人 大日園
社会福祉法人 福授園
社会福祉法人 コミュニティネットワーク福井
福井県心身障害者コロニー 若越ひかりの村
聖ヨハネ学園
社会福祉法人くにみ会 知的障害者更正施設くにみ園
社会福祉法人りんどう信濃会 駒ヶ根悠生寮
社会福祉法人りんどう信濃会 喬木悠生寮
社会福祉法人りんどう信濃会 須坂悠生寮
社会福祉法人りんどう信濃会 上田悠生寮
社会福祉法人杏の郷 顕真学院
社会福祉法人木曾者来福祉事業協会 上松荘
社会福祉法人愛泉会 精明学園
社会福祉法人からし種の会 緑の牧場学園
たてしなホーム
社会福祉法人りんどう信濃会 はらむら悠生寮
社会福祉法人りんどう信濃会 穂高悠生寮
社会福祉法人育護会 浅間学園
社会福祉法人佐久学舎 佐久こまば学園
社会福祉法人信濃友愛会 四賀アイアイ
社会福祉法人信濃の郷 白樺の家
社会福祉法人 陶技学園
岐阜県福祉事業団 岐阜県立ひまわりの丘

社会福祉法人岐阜県福祉事業団 岐阜県立みどり荘
 社会福祉法人岐阜県福祉事業団 岐阜県立はなの木苑
 社会福祉法人牧の原やまばと学園垂穂寮
 沼津市立あしたか学園
 社会福祉法人 あしたか太陽の丘
 社会福祉法人富岳会 富岳の園
 見晴学園みはらしの丘
 社会福祉法人ひかりの園 浜松協働学舎根洗寮
 社会福祉法人明和会 袋井学園
 社会福祉法人愛知県厚生事業団 愛厚半田の里
 社会福祉法人豊明福祉会 知的障害者通所授産施設メイツ
 社会福祉法人豊田市福祉事業団 豊田市こども発達センター
 社会福祉法人名古屋手をつなぐ育成会 小本育成苑
 社会福祉法人さわらび会 あかね荘
 社会福祉法人清新会 森孝しぜんかん
 社会福祉法人 聖母の家
 社会福祉法人かすみ会 かいぜ寮
 滋賀県立近江学園
 社会福祉法人たかしま会 藤美寮
 滋賀県社会福祉事業団信楽学園
 滋賀県社会福祉事業団ひのたに園
 いこいの村栗の木寮
 社会福祉法人光輝 障害者支援施設隆光学園
 社会福祉法人泉ヶ丘福祉会 泉ヶ丘療護園
 大阪市知的障害者育成会港育成園
 社会福祉法人和光福祉会 熊取寮育園
 社会福祉法人わらしべ会 わらしべ園
 日本ヘレンケラー財団地域支援センタージョイフル伯太 フェリーチェ泉
 社会福祉法人たけるの里たちばな
 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 小野起生園
 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 丹南精明園
 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 五色精光園 成人寮
 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 五色精光園 児童寮
 社会福祉法人淡路島福祉会障害者グループホーム・ケアホームボノール円行寺
 社会福祉法人淡路島福祉会障害者グループホーム・ケアホームボノール地頭方
 社会福祉法人宝塚さざんか福祉会 いきいき宝夢
 社会福祉法人愛心福祉会 愛心園
 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 三木精愛園
 社会福祉法人三寿福祉会 つわぶき苑
 社会福祉法人奈良県手をつなぐ育成会 やすらぎの丘かとりワークス
 社会福祉法人以和貴会 ゆらくの里
 社会福祉法人和歌山県福祉事業団 有功ヶ丘学園
 社会福祉法人大塔あすなろ会 あすなろ木守の郷
 社会福祉法人あおい会 太陽の丘
 鳥取県立鹿野かちみ園
 社会福祉法人親和会 ふたば園
 知的障害者授産施設わこう苑
 社会福祉法人クムレ あしたば
 社会福祉法人津山社会福祉事業会 津山ひかり学園
 社会福祉法人 ももどの学園
 社会福祉法人 旭川荘 愛育寮
 社会福祉法人 旭川荘 いづみ寮
 社会福祉法人 旭川荘 わかば寮
 社会福祉法人 旭川荘 ぎおんハイツ
 社会福祉法人天人会 こうのしま荘
 ときわ
 社会福祉法人 こだま園
 社会福祉法人創樹会 福山六方学園
 社会福祉法人中国新聞社会事業団 中国芸南学園
 社会福祉法人平成会 西の池学園
 社会福祉法人広島岳心会 野呂山学園
 社会福祉法人もみじ福祉会 第三もみじ作業所
 社会福祉法人中国新聞社会事業団 黒滝ホーム
 社会福祉法人くさのみ福祉会
 社会福祉法人それいゆの会
 社会福祉法人柏学園 瀬野川学園
 くさのみ福祉会 くさのみ作業所
 社会福祉法人ふたば園 萩市障害者支援施設さんみ苑
 社会福祉法人菊水会 星の家
 社会福祉法人美和福祉会 障害者支援施設陽の出園
 障がい福祉サービス事業所 ヴィラふなき
 はまゆう園ほーむ・はまゆう
 社会福祉法人霞峯会 障害者支援施設しんわ苑
 社会福祉法人池田博愛会 池田学園
 社会福祉法人柏涛会 ばんそうS&S成人部
 社会福祉法人愛育会 吉野川育成園
 社会福祉法人三美厚生団 檜ヶ丘育成園
 社会福祉法人Carillon れもん
 社会福祉法人十字会 博愛ヴィレッジ
 社会福祉法人徳島県社会福祉事業団 希望の郷
 社会福祉法人徳島県手をつなぐ育成会 ルキーナ・うだつ
 社会福祉法人池田博愛会 箸蔵山荘
 いわき病院(コミュニティーハウス未来)
 社会福祉法人親和園 久谷
 社会福祉法人本山育成会 しゃくなげ荘
 社会福祉法人 障害者支援施設 第1野の花学園
 社会福祉法人のぞみの里 志摩学園
 社会福祉法人和光会 笠松あんじや園
 障害者生活支援センターハーツ
 社会福祉法人悲田院 白糸農園
 社会福祉法人めぐみ厚生センター 富士学園
 社会福祉法人しらぬい福祉会 しらぬい学園
 社会福祉法人宮共生会 ハーベストキッチン
 社会福祉法人 銀の星学園
 社会福祉法人八幡会 あげぼの学園
 社会福祉法人恩賜財団済生会 セルプかがやき
 社会福祉法人 高森寮
 社会福祉法人八代愛育会 八代学園
 社会福祉法人山紫会 白鳩園
 社会福祉法人菊愛会 わらび学園
 社会福祉法人紫雲会 本城苑
 社会福祉法人和幸会 向陽学園
 社会福祉法人 みずほ厚生センター聖心園
 社会福祉法人庄内厚生館 久保更生園
 社会福祉法人大分県社会福祉事業団 大分県糸口第二厚生園
 社会福祉法人耕志会 やまびこの里
 社会福祉法人愛貢 ありの実園
 社会福祉法人宮崎県社会福祉事業団 ひかり学園
 障害者生活・就労支援センター なごみ
 社会福祉法人天上会 新樹学園
 社会福祉法人 名護学院
 社会福祉法人育成福祉会 よもぎ学園
 那覇学園
 八重山育成園 おもと学園

平成 23 年度障害者総合福祉推進事業
グループホーム・ケアホーム入居者の食生活・
栄養支援の在り方に関する調査
報告書

発行: 社団法人日本栄養士会 全国福祉栄養士協議会
〒101-0051 東京都千代田区神田神保町 1-39
TEL 03-3295-5151 FAX03-3295-5165
URL <http://www.dietitian.or.jp>

発行日: 平成 24 年 3 月 31 日
