

# 栄養支援記録 1 回目

実施日： 令和 年 月 日 : ~ :  
 作成者名（所属名）： ( )

|       |  |      |                                                       |      |                                                                         |
|-------|--|------|-------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな  |  | 生年月日 | S. 年 月 日<br>( 歳)                                      | 介護度  | <input type="checkbox"/> 要支援（ 1 ・ 2 ）<br><input type="checkbox"/> 事業対象者 |
| 対象者氏名 |  |      |                                                       |      |                                                                         |
| 住 所   |  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 電話番号 |                                                                         |

## 現在の状況

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |            |     |                                                  |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|-----|--------------------------------------------------|
| 身長                   | cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 体重 | kg         | BMI | kg/m <sup>2</sup> (※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5～24.9) |
| 定期的な体重の測定            | <input type="checkbox"/> あり（頻度： 回 / 日 ・ か月 ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |            |     |                                                  |
| 必要エネルギー量             | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | 必要たんぱく質量   | g/日 |                                                  |
| 推定摂取エネルギー量           | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | 推定摂取たんぱく質量 | g/日 |                                                  |
| 行動変容期                | <input type="checkbox"/> 無関心期 <input type="checkbox"/> 関心期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 実行期 <input type="checkbox"/> 維持期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |            |     |                                                  |
| 栄養面や食生活上の考えられる低栄養リスク | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓ ありの場合の理由（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・呼吸器・消化器・腎臓疾患・糖尿病） <input type="checkbox"/> 手術・退院後による低栄養状態<br><input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪、他） <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐<br><input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（内容： ） <input type="checkbox"/> 排便コントロール不良<br><input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス（内容： ） ↓ 不良の場合の内容<br><input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物環境、食事づくり、他） <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 食事の姿勢（内容： ）（頻度： 回/日）<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ （内服： 回/日）<br><input type="checkbox"/> 認知症（調理手順・食べることを忘れる、他） <input type="checkbox"/> その他（ ） |    |            |     |                                                  |
| 基礎疾患                 | <input type="checkbox"/> あり（疾患名： ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |            |     |                                                  |
| 急性疾患の罹患              | <input type="checkbox"/> あり（時期： ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |            |     |                                                  |
| ※ありの場合<br>受診状況       | <input type="checkbox"/> あり（疾患名： ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |            |     |                                                  |
| かかりつけ医               | <input type="checkbox"/> あり（病院名： ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |            |     |                                                  |
| 世帯構成                 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |            |     |                                                  |
| 主な交通手段               | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 乗合タクシー <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |            |     |                                                  |
| 運動習慣の有無              | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>↓ ありの場合の内容（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 通いの場 <input type="checkbox"/> いきいきふれあい活動 <input type="checkbox"/> ゆた〜っと元気体操 <input type="checkbox"/> 元気あつぷ教室（通所C）<br><input type="checkbox"/> 送迎付体操教室 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |            |     |                                                  |

## 食生活に関連する項目

|                       | 時間 | 内容       | 詳細                                                                     |
|-----------------------|----|----------|------------------------------------------------------------------------|
| 食生活状況                 |    | 起床       |                                                                        |
|                       |    | 朝食       |                                                                        |
|                       |    | 昼食       |                                                                        |
|                       |    | 間食       |                                                                        |
|                       |    | 夕食       |                                                                        |
|                       |    | 間食       |                                                                        |
|                       |    | 入浴<br>就寝 |                                                                        |
| 食欲はありますか              |    |          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |
| 食べることは楽しみですか          |    |          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |
| 食後に疲労感がありますか          |    |          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |
| 1週間のうち誰かと一緒に食事をしていますか |    |          | <input type="checkbox"/> はい （誰： 、頻度： 日/回） <input type="checkbox"/> いいえ |
| 決まった時間に食事・睡眠をとっていますか  |    |          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |

|                                 |                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1日3食食べていますか                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（欠食： <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕）        |
| 間食をとっていますか                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                              |
| 水分は1日何をどのくらい摂っていますか             | 内容・種類：、頻度：杯/日                                                                                                                                         |
| 毎日の食事づくりは誰がどのようにしていますか          | 誰：、どのように：                                                                                                                                             |
| 買い物は誰がどのようにしていますか               | 誰：、どのように：                                                                                                                                             |
| 栄養補助食品等を摂取していますか                | <input type="checkbox"/> はい（品名：、頻度：回/週） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                  |
| 好きな食べ物はどんなものですか                 |                                                                                                                                                       |
| きらいな食べ物はどんなものですか                |                                                                                                                                                       |
| 食べ物のアレルギーがありますか                 | <input type="checkbox"/> はい（内容：） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |
| 1日に6種類以上の処方薬を飲んでいますか            | <input type="checkbox"/> はい（内容：種類/日） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                     |
| 医師に食事療法をするようにいわれていますか           | <input type="checkbox"/> はい（内容：） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |
| 食事で何か気を付けていることはありますか            | <input type="checkbox"/> はい（内容：） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |
| あなたは自分の健康状態をどう思いますか<br>（主観的健康感） | <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> 良くない |

指導の要点

課題・改善点等

①

②

③

その他（事業所任意記入欄）

次回訪問予定日時：年 月 日 時～

【個別計画書 転記欄】

わたしのゴール

（〇〇〇をしたいなど）

わたしの目標（月 日まで）

（体重を〇kg増やそう、毎日〇〇〇を〇〇〇して食べようなど）

わたしの計画（目標を達成するための計画）

管理栄養士への連絡事項（必要時）

# 栄養支援記録（2・3・4・5・6回目）

※あてはまる数字に○を付ける

実施日： 令和 年 月 日 ： ～ ：

作成者名（所属名）： （ ）

|       |  |      |                                                       |      |                                   |
|-------|--|------|-------------------------------------------------------|------|-----------------------------------|
| ふりがな  |  | 生年月日 | S. 年 月 日                                              | 介護度  | <input type="checkbox"/> 要支援（1・2） |
| 対象者氏名 |  |      | （ 歳）                                                  |      | <input type="checkbox"/> 事業対象者    |
| 住 所   |  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 電話番号 |                                   |

## 現在の状況

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |            |     |                                                  |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|-----|--------------------------------------------------|
| 身長                   | cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 体重 | kg         | BMI | kg/m <sup>2</sup> （※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5～24.9） |
| 定期的な体重の測定            | <input type="checkbox"/> あり（頻度： 回 / 日 ・ か月 ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |            |     |                                                  |
| 必要エネルギー量             | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | 必要たんぱく質量   | g/日 |                                                  |
| 推定摂取エネルギー量           | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | 推定摂取たんぱく質量 | g/日 |                                                  |
| 行動変容期                | <input type="checkbox"/> 無関心期 <input type="checkbox"/> 関心期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 実行期 <input type="checkbox"/> 維持期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |            |     |                                                  |
| 栄養面や食生活上の考えられる低栄養リスク | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓ ありの場合の理由（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・呼吸器・消化器・腎臓疾患・糖尿病） <input type="checkbox"/> 手術・退院後による低栄養状態<br><input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪、他） <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐<br><input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（内容： ） <input type="checkbox"/> 排便コントロール不良<br><input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス（内容： ） ↓ 不良の場合の内容<br><input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物環境、食事づくり、他） <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 食事時の姿勢（ ）（頻度： 回/日）<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ （内服： 回/日）<br><input type="checkbox"/> 認知症（調理手順・食べることを忘れる、他） <input type="checkbox"/> その他（ ） |    |            |     |                                                  |

## 食生活に関連する項目

| 食生活状況                       | 時間 | 内容                                                                                                                                                    | 詳細 |
|-----------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                             |    | 起床<br>朝食<br>昼食<br>間食<br>夕食<br>間食<br>入浴<br>就寝                                                                                                          |    |
| 食欲はありますか                    |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                              |    |
| 食べることは楽しみですか                |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                              |    |
| 食後に疲労感がありますか                |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                              |    |
| 1週間のうち誰かと一緒に食事をしていますか       |    | <input type="checkbox"/> はい （誰： 、頻度： 日/回） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                |    |
| 決まった時間に食事・睡眠をとっていますか        |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                              |    |
| 1日3食食べていますか                 |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （欠食： <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕）       |    |
| 間食をとっていますか                  |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                              |    |
| 水分は1日何をどのくらい摂っていますか         |    | 内容・種類： 、頻度： 杯/日                                                                                                                                       |    |
| 毎日の食事づくりは誰がどのようにしていますか      |    | 誰： 、どのように：                                                                                                                                            |    |
| 買い物は誰がどのようにしていますか           |    | 誰： 、どのように：                                                                                                                                            |    |
| 栄養補助食品等を摂取していますか            |    | <input type="checkbox"/> はい（品名： 、頻度： 回/週） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                |    |
| 食事で何か気を付けていることはありますか        |    | <input type="checkbox"/> はい（内容： ） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                        |    |
| あなたは自分の健康状態をどう思いますか（主観的健康感） |    | <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> 良くない |    |

指導の要点

課題・改善点等

①

②

③

その他（事業所任意記入欄）

計画修正時の内容（4回目訪問時、修正があった場合に記入する）

次回訪問予定日時：      年      月      日      時～

栄養支援記録 最終回

実施日： 令和 年 月 日 : ~ :  
作成者名（所属名）： ( )

|       |  |      |                  |      |                                                                         |
|-------|--|------|------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな  |  | 生年月日 | S. 年 月 日<br>( 歳) | 介護度  | <input type="checkbox"/> 要支援（ 1 ・ 2 ）<br><input type="checkbox"/> 事業対象者 |
| 対象者氏名 |  |      |                  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                   |
| 住 所   |  |      |                  | 電話番号 |                                                                         |

現在の状況

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |            |     |                                                  |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|-----|--------------------------------------------------|
| 身長                   | cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 体重 | kg         | BMI | kg/m <sup>2</sup> (※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5～24.9) |
| 定期的な体重の測定            | <input type="checkbox"/> あり（頻度： 回 / 日 ・ か月 ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |            |     |                                                  |
| 必要エネルギー量             | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | 必要たんぱく質量   | g/日 |                                                  |
| 推定摂取エネルギー量           | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | 推定摂取たんぱく質量 | g/日 |                                                  |
| 行動変容期                | <input type="checkbox"/> 無関心期 <input type="checkbox"/> 関心期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 実行期 <input type="checkbox"/> 維持期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |            |     |                                                  |
| 栄養面や食生活上の考えられる低栄養リスク | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓ ありの場合の理由（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・呼吸器・消化器・腎臓疾患・糖尿病） <input type="checkbox"/> 手術・退院後による低栄養状態<br><input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪、他 ) <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐<br><input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（内容： ) <input type="checkbox"/> 排便コントロール不良<br><input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス（内容： ) ↓ 不良の場合の内容<br><input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物環境、食事づくり、他 ) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 食事の姿勢（内容： ) (頻度： 回/日)<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ (内服： 回/日)<br><input type="checkbox"/> 認知症（調理手順・食べることを忘れる、他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |            |     |                                                  |
| 主な交通手段               | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 乗合タクシー <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |            |     |                                                  |
| 運動習慣の有無              | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>↓ ありの場合の内容（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 通いの場 <input type="checkbox"/> いきいきふれあい活動 <input type="checkbox"/> ゆた〜っと元気体操 <input type="checkbox"/> 元気あっぶ教室（通所C）<br><input type="checkbox"/> 送迎付体操教室 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |            |     |                                                  |

食生活に関連する項目

|                        |    |                                                                                                                                                  |    |
|------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 食生活状況                  | 時間 | 内容                                                                                                                                               | 詳細 |
|                        |    | 起床                                                                                                                                               |    |
|                        |    | 朝食                                                                                                                                               |    |
|                        |    | 昼食                                                                                                                                               |    |
|                        |    | 間食                                                                                                                                               |    |
|                        |    | 夕食                                                                                                                                               |    |
|                        |    | 間食                                                                                                                                               |    |
|                        |    | 入浴                                                                                                                                               |    |
|                        | 就寝 |                                                                                                                                                  |    |
| 食欲はありますか               |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |    |
| 食べることは楽しみですか           |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |    |
| 食後に疲労感がありますか           |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |    |
| 1週間のうち誰かと一緒に食事をしていますか  |    | <input type="checkbox"/> はい (誰： 、頻度： 日/回) <input type="checkbox"/> いいえ                                                                           |    |
| 決まった時間に食事・睡眠をとっていますか   |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |    |
| 1日3食食べていますか            |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (欠食： <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> タ ) |    |
| 間食をとっていますか             |    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |    |
| 水分は1日何をどのくらい摂っていますか    |    | 内容・種類： 、頻度： 杯/日                                                                                                                                  |    |
| 毎日の食事づくりは誰がどのようにしていますか |    | 誰： 、どのように：                                                                                                                                       |    |
| 買い物は誰がどのようにしていますか      |    | 誰： 、どのように：                                                                                                                                       |    |
| 栄養補助食品等を摂取していますか       |    | <input type="checkbox"/> はい (品名： 、頻度： 回/週) <input type="checkbox"/> いいえ                                                                          |    |
| 1日に6種類以上の処方薬を飲んでいますか   |    | <input type="checkbox"/> はい (内容： 種類/日) <input type="checkbox"/> いいえ                                                                              |    |



栄養支援記録 1 回目 【記入例】

実施日： 令和 年 月 日 : ~ :  
作成者名（所属名）： ( )

|       |  |      |                                                       |      |                                                                         |
|-------|--|------|-------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな  |  | 生年月日 | S. 年 月 日<br>( 歳)                                      | 介護度  | <input type="checkbox"/> 要支援（ 1 ・ 2 ）<br><input type="checkbox"/> 事業対象者 |
| 対象者氏名 |  |      |                                                       |      |                                                                         |
| 住 所   |  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 電話番号 |                                                                         |

現在の状況

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |            |     |                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|-----|--------------------------------------------------|
| 身長                   | cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 体重 | kg         | BMI | kg/m <sup>2</sup> (※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5～24.9) |
| 定期的な体重の測定            | <input type="checkbox"/> あり（頻度： 回 / 日 ・ か月 ） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |            |     |                                                  |
| 必要エネルギー量             | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 必要たんぱく質量   | g/日 |                                                  |
| 推定摂取エネルギー量           | kcal/日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 推定摂取たんぱく質量 | g/日 |                                                  |
| 行動変容期                | <input type="checkbox"/> 無関心期 <input type="checkbox"/> 関心期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 実行期 <input type="checkbox"/> 維持期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |            |     |                                                  |
| 栄養面や食生活上の考えられる低栄養リスク | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓ ありの場合の理由（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・呼吸器・消化器・腎臓疾患・糖尿病） <input type="checkbox"/> 手術・退院後による低栄養状態<br><input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪、他） ) <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐<br><input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（内容： ) <input type="checkbox"/> 排便コントロール不良<br><input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス（内容： ) ↓ 不良の場合の内容<br><input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物環境、食事づくり、他） ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 食事中の姿勢（内容： ) (頻度： 回/日)<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ ) (内服： 回/日)<br><input type="checkbox"/> 認知症（調理手順・食べることを忘れる、他） ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |            |     |                                                  |
| 基礎疾患                 | <input type="checkbox"/> あり（疾患名： ) <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |            |     |                                                  |
| 急性疾患の罹患              | <input type="checkbox"/> あり（時期： ) <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |            |     |                                                  |
| ※ありの場合<br>受診状況       | <input type="checkbox"/> あり（疾患名： ) <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |            |     |                                                  |
| かかりつけ医               | <input type="checkbox"/> あり（病院名： ) <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |            |     |                                                  |
| 世帯構成                 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |            |     |                                                  |
| 主な交通手段               | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 乗合タクシー <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |            |     |                                                  |
| 運動習慣の有無              | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>↓ ありの場合の内容（複数回答可）<br><input type="checkbox"/> 通いの場 <input type="checkbox"/> いきいきふれあい活動 <input type="checkbox"/> ゆた〜っと元気体操 <input type="checkbox"/> 元気あっぷ教室（通所C）<br><input type="checkbox"/> 送迎付体操教室 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |            |     |                                                  |

食生活に関連する項目

|                       |      |                                                                        |                                       |
|-----------------------|------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 食生活状況                 | 時間   | 内容                                                                     | 詳細 (例)                                |
|                       | 〇：〇〇 | 起床                                                                     |                                       |
|                       | 〇：〇〇 | 朝食                                                                     | 菓子パン（メロンパン）、コーヒー（砂糖、牛乳入り）             |
|                       | 〇：〇〇 | 昼食                                                                     | カップラーメン、おにぎり                          |
|                       | 〇：〇〇 | 間食                                                                     | 煎餅、お茶                                 |
|                       | 〇：〇〇 | 夕食                                                                     | 主食：米飯120g、副食：冷凍食品中心（からあげ3個、弁当用コロッケ1個） |
|                       | 〇：〇〇 | 間食                                                                     | 饅頭、飲むヨーグルト                            |
|                       | 〇：〇〇 | 入浴                                                                     | 週3回程度、シャワー浴のみ                         |
|                       | 〇：〇〇 | 就寝                                                                     | 夜間3～4回覚醒、トイレ後水分補給                     |
| 食欲はありますか              |      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |                                       |
| 食べることは楽しみですか          |      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |                                       |
| 食後に疲労感がありますか          |      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |                                       |
| 1週間のうち誰かと一緒に食事をしていますか |      | <input type="checkbox"/> はい (誰： 、頻度： 日/回) <input type="checkbox"/> いいえ |                                       |
| 決まった時間に食事・睡眠をとっていますか  |      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ               |                                       |

|                                 |                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1日3食食べていますか                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（欠食： <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> タ）        |
| 間食をとっていますか                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                              |
| 水分は1日何をどのくらい摂っていますか             | 内容・種類：、頻度：杯/日                                                                                                                                         |
| 毎日の食事づくりは誰がどのようにしていますか          | 誰：、どのように：                                                                                                                                             |
| 買い物は誰がどのようにしていますか               | 誰：、どのように：                                                                                                                                             |
| 栄養補助食品等を摂取していますか                | <input type="checkbox"/> はい（品名：、頻度：回/週） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                  |
| 好きな食べ物はどんなものですか                 |                                                                                                                                                       |
| きらいな食べ物はどんなものですか                |                                                                                                                                                       |
| 食べ物のアレルギーがありますか                 | <input type="checkbox"/> はい（内容：） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |
| 1日に6種類以上の処方薬を飲んでいますか            | <input type="checkbox"/> はい（内容：種類/日） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                     |
| 医師に食事療法をするようにいわれていますか           | <input type="checkbox"/> はい（内容：） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |
| 食事で何か気を付けていることはありますか            | <input type="checkbox"/> はい（内容：） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |
| あなたは自分の健康状態をどう思いますか<br>（主観的健康感） | <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> 良くない |

指導の要点

課題・改善点等

①

②

③

その他（事業所任意記入欄）

次回訪問予定日時：年 月 日 時～

【個別計画書 転記欄】

《留意点》

おうちで栄養あっふ個別計画書（様式2）は本人宅に保管の為、以下の欄は、管理栄養士の把握事項として内容を転記する。

わたしのゴール

（〇〇〇をしたいなど）

わたしの目標（月 日まで）

（体重を〇kg増やそう、毎日〇〇〇を〇〇〇して食べようなど）

わたしの計画（目標を達成するための計画）

管理栄養士への連絡事項（必要時）