

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 (歳)	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <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 ² <small>(※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5~24.9)</small>
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	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足	必要たんぱく質量	g/日	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足
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 ↓ ありの場合の理由(複数回答可) <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 <input type="checkbox"/> 身体状況(発熱、風邪、他) <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 食事の姿勢(内容：) (頻度： 回/日) <input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ (内服： 回/日) <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 ↓ ありの場合、 <u>現在の内容</u> (複数回答可) <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) <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せんか	<input type="checkbox"/> はい (誰： 、頻度： 回/日) <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: _____ L/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 (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

課題や改善すべき点

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 (歳)	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (1 ・ 2) <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 ² <small>(※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5~24.9)</small>
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	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足	必要たんぱく質量	g/日	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足
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 ↓ ありの場合の理由 (複数回答可)				
	<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		
	<input type="checkbox"/> 身体状況 (発熱・風邪、他)		<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐		
	<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		
	<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		
	<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		
	<input type="checkbox"/> 食事の姿勢 ()		(頻度： 回/日)		
	<input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ		(内服： 回/日)		
<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	
		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： 回/日) <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： L/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"/> ふう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> 良くない	

前回と比較して、変化や改善した点（毎日決まった時間に体重測定をするようになった、前回紹介したレシピ【●●●】を作った など）

指導の要点

課題や改善すべき点

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 (歳)	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（1・2） <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 ² <small>(※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5~24.9)</small>		
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	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足	必要たんぱく質量	g/日	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足		
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 ↓ ありの場合の理由（複数回答可） <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・呼吸器・消化器・腎臓疾患・糖尿病） <input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪、他） <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（内容： <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス（内容 <input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物環境、食事づくり、他 <input type="checkbox"/> 食事中の姿勢（内容： <input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ <input type="checkbox"/> 認知症（調理手順・食べることを忘れる、他 </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 手術・退院後による低栄養状態 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 排便コントロール不良 ↓ 不良の場合の内容 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 （頻度： 回/日） （内服： 回/日） <input type="checkbox"/> その他（ </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・呼吸器・消化器・腎臓疾患・糖尿病） <input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪、他） <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（内容： <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス（内容 <input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物環境、食事づくり、他 <input type="checkbox"/> 食事中の姿勢（内容： <input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ <input type="checkbox"/> 認知症（調理手順・食べることを忘れる、他	<input type="checkbox"/> 手術・退院後による低栄養状態 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 排便コントロール不良 ↓ 不良の場合の内容 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 （頻度： 回/日） （内服： 回/日） <input type="checkbox"/> その他（
<input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・呼吸器・消化器・腎臓疾患・糖尿病） <input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪、他） <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（内容： <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス（内容 <input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物環境、食事づくり、他 <input type="checkbox"/> 食事中の姿勢（内容： <input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ <input type="checkbox"/> 認知症（調理手順・食べることを忘れる、他	<input type="checkbox"/> 手術・退院後による低栄養状態 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 排便コントロール不良 ↓ 不良の場合の内容 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 （頻度： 回/日） （内服： 回/日） <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 ↓ ありの場合、 <u>現在の</u> 内容（複数回答可） <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 通いの場 <input type="checkbox"/> 送迎付体操教室 </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <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） <input type="checkbox"/> その他（ </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 通いの場 <input type="checkbox"/> 送迎付体操教室	<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） <input type="checkbox"/> その他（
<input type="checkbox"/> 通いの場 <input type="checkbox"/> 送迎付体操教室	<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） <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せんか			<input type="checkbox"/> はい（誰： 、頻度： 回/日） <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： L/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せんか			<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・ （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

前回と比較して、変化や改善した点（毎日決まった時間に体重測定をするようになった、前回紹介したレシピ【●●●】を作った など）

指導の要点

課題や改善すべき点

①

②

③

その他（事業所任意記入欄）

最終評価

主観的評価（対象者は、事業利用前後の変化についてどのように感じているか）

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 (歳)	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <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 ² <small>(※65歳以上が目標とするBMIの範囲：21.5~24.9)</small>
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	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足	必要たんぱく質量	g/日	<input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足
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 ↓ ありの場合の理由(複数回答可) <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 <input type="checkbox"/> 身体状況(発熱、風邪、他) <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <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 <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス(内容：) <input type="checkbox"/> ↓ 不良の場合の内容 <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 <input type="checkbox"/> 食事の姿勢(内容：) (頻度： 回/日) <input type="checkbox"/> 閉じこもり、うつ (内服： 回/日) <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：)				
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 ↓ ありの場合、現在の内容(複数回答可) <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) <input type="checkbox"/> 送迎付体操教室 <input type="checkbox"/> その他()				

【ポイント】
 ・通Cを既に卒業している場合は、
 チェック☑不要

食生活に関連する項目

食生活状況	時間	内容	詳細
	○:○	起床	【記入例】 起床：起床後すぐにコップ1杯の水 朝食：菓子パン(メロンパン)、コーヒー(砂糖、牛乳入り) 昼食：カップラーメン、おにぎり 間食：煎餅、お茶 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) 間食：饅頭、飲むヨーグルト 入浴：週3回程度、シャワー浴のみ 就寝：夜間3~4回覚醒、トイレ後水分補給
	○:○	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ますか	<input type="checkbox"/> はい (誰： 、頻度： 回/日) <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: _____ L/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 (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

課題や改善すべき点

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》

おうちで栄養あっぶ個別計画書 (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)