

# おうちで栄養あっぴ 実施報告書

作成者名（事業所名）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

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

アセスメント項目		初回（ 月 日）			中間（ 月 日）			最終（ 月 日）								
1	身長	cm			cm			cm								
2	体重・BMI	kg・ kg/m <sup>2</sup>			kg・ kg/m <sup>2</sup>			kg・ kg/m <sup>2</sup>								
3	定期的な体重測定	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: _____)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: _____)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: _____)								
4	下痢又は下剤常用	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> なし								
5	便秘	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> なし								
6	口腔及び摂食嚥下の問題	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> なし								
7	食欲の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> なし								
8	食事が楽しい	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> なし								
9	誰かと一緒に食事（1週間内）	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: _____ 回/週)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: _____ 回/週)			<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: _____ 回/週)								
10	決まった時間の食事・睡眠	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし								
11	3食/日摂取の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (欠食: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (欠食: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (欠食: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕)								
12	調理担当者名（本人、妻、夫、長男嫁など）															
13	栄養補助食品等の摂取	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (品名、頻度: _____)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (品名、頻度: _____)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (品名、頻度: _____)								
14	好きな食べ物の内容															
15	きらいな食べ物の内容															
16	食物でのアレルギー症状	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: _____)														
17	6種類以上の薬	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			/			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし								
18	医師による食事療法の指示	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: _____)			/			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: _____)								
19	食事内容の留意点の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: _____)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: _____)			<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: _____)								
20	日常的な摂取食品の頻度及び内容 <small>食べる：○、2日に1回食べる：△、食べない：×</small>	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕						
①	ごはん、パンめん類のいずれか															
②	肉、魚、卵、大豆製品のいずれか															
③	野菜、きのこ類															
④	牛乳・乳製品															
⑤	果物															
21	飲み物の摂取量	L/日			L/日			L/日								
22	主観的健康感	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		よい		普通		よくない	よい		普通		よくない	よい		普通		よくない

**【最終評価】**

<b>主観的評価</b>	事業利用前後の変化について	内容	
--------------	---------------	----	--

<b>客観的評価</b>	改善		理由等	(改善した内容、今後のアドバイス等)	
	維持	改善傾向			
		悪化傾向			
	悪化				

おうちで栄養あっぷ 実施報告書 【記入例】

作成者名（事業所名）： ( )

ふりがな		生年月日	年 月 日	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（1・2）
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	

アセスメント項目		初回 ( 月 日 )	中間 ( 月 日 )	最終 ( 月 日 )
1	身長	cm	cm	cm
2	体重・BMI	kg・kg/m <sup>2</sup>	kg・kg/m <sup>2</sup>	kg・kg/m <sup>2</sup>
3	定期的な体重測定	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: )	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: )	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: )
4	下痢又は下剤常用	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> なし
5	便秘	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> なし
6	口腔及び摂食嚥下の問題	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> なし
7	食欲の有無	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> なし
8	食事が楽しい	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> なし
9	誰かと一緒に食事（1週間内）	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: 回/週)	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: 回/週)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (頻度: 回/週)
10	決まった時間の食事・睡眠	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
11	3食/日摂取の有無	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (欠食: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕)	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (欠食: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕)	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (欠食: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕)
12	調理担当者名（本人、妻、夫、長男嫁など）			
13	栄養補助食品等の摂取	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (品名、頻度: )	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (品名、頻度: )	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (品名、頻度: )
14	好きな食べ物の内容			
15	きらいな食べ物の内容			
16	食物でのアレルギー症状	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: )		
17	6種類以上の薬	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
18	医師による食事療法の指示	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: )		<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: )
19	食事内容の留意点の有無	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: )	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: )	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ↓ (内容: )
20	日常的な摂取食品の頻度及び内容 <small>食べる: ○、2日に1回食べる: △、食べない: ×</small>	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
①	ごはん、パンめん類のいずれか			
②	肉、魚、卵、大豆製品のいずれか			
③	野菜、きのこ類			
④	牛乳・乳製品			
⑤	果物			
21	飲み物の摂取量	L/日	L/日	L/日
22	主観的健康感	1 2 よい		

《留意点》

計画期間中にサービスの利用を中止した場合は、中止に至った理由を記載し、利用時の状況や経過等から評価を行う。

【ポイント1】

対象者の体力や生活状況を踏まえ、「目標の達成度」等の評価を行い、その理由を具体的に記載する。

【最終評価】

主観的評価	事業利用前後の変化について	内容
-------	---------------	----

【ポイント2】

対象者の主観的健康観の変化や日常生活動作の改善状況等を踏まえて、担当管理栄養士が評価を行う。

客観的評価	改善		理由等 (改善した内容)
	維持	改善傾向	
		悪化傾向	
	悪化		