

食生活アセスメントシート

記入日: 月 日

記入者: _____

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S 年 月 日 (歳)

【食事の準備】

同居家族	人	構成員	配偶者・子(息子・娘)・子の配偶者・孫・その他()
食事の支度をする人	本人・配偶者・子(息子・娘)・子の配偶者・孫・その他()		
本人の調理能力	できる・一部できる(炊飯・簡単なおかず・汁物など)・コンロや電子レンジで温めはできる・できない		
買い物に行く人	本人・家族・その他()		
よく利用する食材	生鮮食品・レトルト食品・冷凍食品・インスタント食品・惣菜・弁当・その他()		
食材の購入	店舗()・生協・ネット・御用聞き・移動販売・その他()		
食材調達は不便ですか	いいえ	はい	理由: 店が近くにない・交通手段がない・重いものが持てない 買う費用(食費)が十分でない・その他()

【食生活の状況】

1	最近食欲はありますか	はい	いいえ	状況		
2	最近食べる量が減ってきましたか	いいえ	はい	状況		
3	食事は一人で食べることが多いですか	いいえ	はい	状況		
4	地域での会食の場に参加していますか	はい	いいえ	状況		
5	1日の食事の回数と時間	回/日	時間(:)(:)(:)(:)			
6	主食(ごはん・パン・麺類)を1日何回食べますか	3回	2回	1回	その他(回)	食べない
7	主菜(肉・魚・卵・大豆製品を主に使ったおかず)を1日何回食べますか	3回	2回	1回	その他(回)	食べない
8	副菜(野菜・きのこ・いも・海藻などを主に使ったおかず)を1日何回食べますか	3回	2回	1回	その他(回)	食べない
9	油を使った料理を1日1回以上食べていますか	はい	いいえ	状況		
10	牛乳またはチーズ、ヨーグルトなどの乳製品を1日1回以上食べていますか	はい	いいえ	状況		
11	果物を1日1回以上食べていますか	はい	いいえ	状況		
12	水分(水やお茶)を1日1ℓ以上は飲んでいますか	はい	いいえ	状況		
13	間食はしますか	はい	回/日	いいえ		
14	アルコールは飲みますか	はい	を	回/週	mlくらい	いいえ
15	健康のために意識して食べている食品、補助食品、サプリメントなどはありますか	はい	を	回/週	くらい	いいえ
16	塩分の多い食品や調味料を控えるなど、塩分の摂りすぎに気をつけていますか	はい	内容	いいえ		
17	食生活で気をつけていることはありますか	はい	内容	いいえ		

【口腔機能】

1	固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	状況
2	飲み込みにくい食べ物がありますか	いいえ	はい	状況
3	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	状況
4	以前に比べて食事に時間がかかりますか	いいえ	はい	状況
5	食べ物が口からこぼれますか	いいえ	はい	状況
6	自分で歯磨きができますか	はい	いいえ	状況
7	いつ歯磨きをしますか	朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他()		しない
8	義歯はありますか	いいえ	はい	上：部分義歯・義歯 下：部分義歯・義歯
9	義歯が合っていますか	はい	いいえ	入れると痛い ・ はずれやすい ・ 使っていない
10	歯や口のことで気になることがありますか	いいえ	痛みがある ・ グラグラしている歯がある ・ 汚れが見える 腫れている ・ 口臭 ・ 口が乾く ・ その他()	

【健康状態】

現在の体重	kg	過去6か月間の 体重の変化	変わらない ・ 増加 ・ 減少 ()kg	
現在のBMI	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) = BMI ()			
一番太っていた 頃の体重	歳頃 約 kg	70歳以上の目標とするBMI 21.5~24.9 (低栄養のリスク BMI20未満)	<参考値> BMI20の体重(kg)	kg
体重測定の種類	毎日 ・ 週1回程度 ・ 月1回程度 ・ 測定していない ・ その他()			
主観的健康感	とてもよい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまり良くない ・ 良くない			
現在通院していますか	していない ・ している (病名:)			
定期的に受診 しているかかり つけ医療機関 がありますか?	【内科】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
	【歯科】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
	【外科】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
	【その他】 ない		・ ある (病院名:) 月 回	
毎年、健康診断を 受けていますか	はい ・ いいえ			
服薬状況	ない ・ ある (1~2種類 ・ 3~4種類 ・ 5種類以上)			
治療食の必要性	ない ・ ある (指示内容:)			
食物アレルギー の有無	ない ・ ある (内容:)			
排便の状況	よい		・ 下痢になりやすい ・ 便秘になりやすい 服薬 (有・無)	
睡眠の状況	眠れる		・ たまに眠れない ・ 眠れない 服薬 (有・無)	
定期的な運動	する (を 分くらい、 週 回) ・ しない			
たばこ	吸わない ・ 吸う (本/日)			