

簡易栄養状態評価表

《患者様・利用者様の専用記入表》

氏名： _____ 性別： _____ 年齢： _____

体重： _____ k g 身長： _____ c m

◆過去3 ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難事などで食量が減少しましたか？

- 0 著しい食事量の減少
- 1 中等度の食事量の減少
- 2 食事量の減少なし

◆過去3 ヶ月間で体重の減少がありましたか？

- 0 3 kg 以上の減少
- 1 わからない
- 2 体重減少なし

◆自力で歩けますか？

- 0 寝たきりまたは車椅子を常時使用
- 1 ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
- 2 自由に歩いて外出できる

◆過去3 ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？

- 0 はい
- 2 いいえ

《質問事項・聞きたいこと・相談したいこと》

身体状況・生活状況質問票

《患者様・利用者様の専用記入表》

◆過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？

ない ある

病歴 (ペースメーカー 人工関節 金属プレート)

◆スポーツジムや運動教室などの運動習慣はありますか？

ない ある

運動メニュー

◆健康食品やサプリメントなどを愛用していますか？

いいえ はい

種類や品名

◆喫煙の習慣はありますか？

いいえ はい (1日に 本・箱)

◆飲酒の習慣はありますか？

いいえ はい

1日飲む量 (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・)
本・ml・合

◆外出や人と関わるのが苦手ですか？

いいえ はい

ご協力, ありがとうございました.