

患者 ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所（病棟 / 外来 等） _____
背景疾患（がん / 心不全 / COPD 等） _____	治療期・イベント（化学療法 / 増悪 / 利尿調整 等） _____

評価前に固定する 6 点セット（再評価の再現性）

固定項目	チェック（□）	メモ
体重測定条件（時間・衣服・排尿など）	<input type="checkbox"/>	
浮腫 / 体液貯留（有無・部位）	<input type="checkbox"/>	
食事摂取（主食・副食・補食 / 経腸）	<input type="checkbox"/>	
採血日（CRP / Alb など）	<input type="checkbox"/>	
症状（疼痛・悪心・下痢・便秘・睡眠）	<input type="checkbox"/>	
運動と摂取のタイミング（前後 ± 1 時間）	<input type="checkbox"/>	

追跡指標（体重・筋機能・炎症・活動）

項目	単位 / 条件	今回	前回	メモ（根拠）
体重変化（直近 3 か月）	%			
BMI	kg/m ²			
CRP	mg/dL（採血日）			
握力	kg（利き手 / 姿勢）			
歩行速度	m/s（区間・補助具）			
判定メモ（疑い / 該当 / 経過）				

再評価メモ（イベント・条件差・介入更新など）
