

## GLIM 低栄養 診断・記録シート (A4)

患者 ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所 _____

### 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：条件 (時間帯・衣服・機器)	<input type="checkbox"/>	
浮腫／体液変動 (あり・なし)	<input type="checkbox"/>	
参照期間 (1/3/6 か月)	<input type="checkbox"/>	
摂取量の見積 (喫食率・kcal)	<input type="checkbox"/>	
炎症・疾患負荷 (根拠)	<input type="checkbox"/>	
再評価日 (期限) を決める	<input type="checkbox"/>	

### GLIM 判定 (フェノタイプ × エティオロジー)

項目	判定	数値 (期間) / 根拠	メモ
<b>【フェノタイプ】</b>			
体重減少 (%+期間)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
低 BMI	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
筋量低下 (測定法)	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
<b>【エティオロジー】</b>			
摂取不足／吸収不良	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
炎症／疾患負荷	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
診断 (1+1)	<input type="checkbox"/> 低栄養あり <input type="checkbox"/> なし		
重症度	<input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		

### 介入方針 (担当・内容・期限)

担当 (誰が) _____	期限／再評価日 _____
内容 (短く) _____	

### 再評価メモ (イベント・条件差・更新)

_____
_____