

AND / A.S.P.E.N.

低栄養の成因別分類 記録シート

※本紙は記録用です。診断基準の全文や項目文は含みません。

患者 ID		評価日	
評価者		主疾患 / 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（固定できたら □ に✓）	メモ
炎症の強さ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽～中等度 <input type="checkbox"/> 著明	CRP / 臨床像
病態分類	<input type="checkbox"/> 飢餓関連 <input type="checkbox"/> 慢性関連 <input type="checkbox"/> 急性関連	急性 / 慢性・増悪 / 安定
摂取状況	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 禁食	必要量に対する割合
体液バランス	<input type="checkbox"/> 浮腫なし <input type="checkbox"/> 浮腫あり <input type="checkbox"/> 腹水	体重解釈への影響
筋量の把握	<input type="checkbox"/> BIA <input type="checkbox"/> 周径 <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> CT	代替指標も可
再評価の条件	<input type="checkbox"/> 日時固定 <input type="checkbox"/> 条件差を記録	再評価予定日

6 特性の確認（該当 + 根拠メモ）			
特性	判定	確認欄	根拠メモ（短文）
エネルギー摂取不足	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未評価		期間 / 摂取率
体重減少	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未評価		いつから・どれだけ
筋肉量減少	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未評価		BIA / 周径 / 視診
皮下脂肪減少	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未評価		部位と程度
浮腫（液体貯留）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未評価		部位 / 体重解釈
握力低下 / 機能低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未評価		握力 / 歩行 / 立上
該当数（2 項目以上が目安）			次の一手：NST / GLIM / 再評価日

再評価メモ（イベント・条件差・介入更新など）