

MUST

MUST（低栄養スクリーニング）記録シート

※本紙は記録用です。項目文や採点基準の文章は含みません。

患者 ID		評価日	
評価者		場所	
疾患・病棟 (任意)		身長・体重の取得 方法	

スクリーニング前に確認する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 <input type="checkbox"/> に✓）	メモ
身長の根拠	<input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 申告 <input type="checkbox"/> 記録参照	
体重の条件	<input type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 同条件で再評価 <input type="checkbox"/> 補液/浮腫に注意	
過去体重の出典	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 前医記録	
摂取状況の見立て	<input type="checkbox"/> 5日以上の低下なし <input type="checkbox"/> 低下ありの可能性	
影響因子	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔下 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 発熱	
再評価の準備	<input type="checkbox"/> 共有先確認 <input type="checkbox"/> 再スクリーニング日を決定	

採点記録（点数+根拠メモ）

項目	配点	スコア	根拠メモ（短文）
BMI	0-2		
体重減少率（3-6か月）	0-2		
急性疾患・5日以上の摂取低下	0 or 2		
合計（Total）	0-6		
リスク判定	0 / 1 / 2+		低・中・高の別を記録

再評価メモ（共有先・介入・条件差・再スクリーニング日など）
