口腔・栄養スクリーニング｜記入補助シート

別紙5-1の代替ではありません。公式様式への記入・情報提供・算定確認は別途必要です。

基本情報

氏名	
実施日	年 月 日
記入者・所属	
前回実施日	年 月 日

口腔の確認（別紙5-1の3項目）

硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる	☐ はい ☐ いいえ ☐ 未確認
入れ歯を使っている	☐ はい ☐ いいえ ☐ 未確認
むせやすい	☐ はい ☐ いいえ ☐ 未確認

栄養の確認

身長・体重	身長 cm ／ 体重 kg 測定日
BMI（18.5未満への該当）	BMI ／ ☐ 該当 ☐ 非該当 ☐ 未確認
直近1〜6か月の体重減少（3%以上）	☐ 該当 ☐ 非該当 ☐ 未確認
直近6か月の体重減少（2〜3kg以上）	☐ 該当 ☐ 非該当 ☐ 未確認
血清アルブミン値（3.5g/dL未満）	値 g/dL 測定日 ／ ☐ 未確認
食事摂取量（75%以下）	約 % 観察範囲 ／ ☐ 未確認

特記事項・連携

確認した所見／前回との変化	
未確認項目・確認先・確認予定	
判断・相談が必要な理由	
共有先・共有日・方法	☐ ケアマネ ☐ 主治医 ☐ 歯科 ☐ 管理栄養士 ☐ ST ☐ その他
次回確認日・担当	年 月 日 ／ 担当：

※ 未確認は「異常なし」とせず、確認先と予定を記録。窒息疑い・呼吸困難などは施設の緊急対応手順に従ってください。

作成：rehabilikun blog｜2026年10月14日 公式様式：https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001228016.docx