栄養評価・経過記録シート

スクリーニングから介入・モニタリングまでの多職種共有用

患者ID：_____　評価日：_____　記入者：_____

01 スクリーニング｜低栄養リスクの確認

使用ツール：	スコア：_____　判定：_____
報告先・対応内容：	担当者：_____　対応期限：_____

02 アセスメント｜栄養問題と原因の整理

現在体重：_____ kg　測定日：_____	通常体重：_____ kg　測定日：_____
BMI：_____ kg/m²	体重減少率：_____ %　期間：_____
体重減少率（%）＝（以前の体重－現在体重）÷以前の体重×100　※増加時は負の値	
食事摂取率：_____ %（提供食に対して）	エネルギー充足率：_____ %（必要量に対して）
摂取・投与経路：	摂取量低下の期間：
疾病・炎症・消化器症状・嚥下・体液変動：	筋肉量・筋力・身体機能：
栄養上の問題・推定される原因：	
低栄養診断（評価方法・根拠は下欄に記載）： ☐ 低栄養あり　☐ 低栄養なし　☐ 未評価 GLIM重症度：　☐ 中等度　☐ 重度　☐ 未判定・対象外 評価方法・根拠：_____	

03 栄養介入計画｜目標と実施内容

目標（指標・目標値・期限）：	
介入内容（栄養補給・食事環境・リハ等）：	
担当者・開始日：	追跡項目・評価予定日：

04 モニタリング｜変化と計画の見直し

再評価日：_____　体重：_____ kg	食事摂取率：_____ %　エネルギー充足率：_____ %
症状・身体機能・介入実施状況：	
目標達成状況・変化の解釈：	
方針：　☐ 継続　☐ 変更　☐ 追加評価・相談	
変更内容・連絡先：	
次回評価日：	前倒し再評価の条件：

※ 臨床記録の補助資料です。診断・栄養処方は施設の手順と多職種の判断に従ってください。