

患者・入所者様ID	病室・居室	氏名	ふりがな	性別	生年月日	現在年齢	介護度	入院入所日	退院・退所	ID
	77	日本一郎	にほんいちろう	男性	明治43年09月05日	95	要介護5	平成17年05月20日	FALSE	

測定日	リーニング印	セメント2入力	職種	記入者	身長	体重	通常体重	理想体重	活動係数	ストレス係数	食事摂取量	栄養補給法	褥瘡	清アルブミン	体重減少	体重減少率%	BMI	リスク判定
平成17年06月01日	TRUE	TRUE	管理栄養士	長谷川小目合	160.30	49.50	50.3	56.53	安静 1.0	1.0	不良(75%以下)	無	有	3.70	7.5%未満	1.62	19.26	高リスク
平成17年07月01日	FALSE	FALSE	医師	kk	160.30	49.50	50.3	56.53	安静 1.0	1.0	良好	無	有	3.70	5%未満	1.62	19.26	高リスク
平成17年08月01日	FALSE	FALSE			160.30	49.50	50.3	56.53	安静 1.0	1.0	良好	静脈栄養法	有	3.70	5%未満	1.62	19.26	高リスク
平成17年09月01日	TRUE	FALSE			160.30	49.50	50.3	56.53	安静 1.0	1.0	良好	無	有	3.70	5%未満	1.62	19.26	高リスク
平成17年10月01日	FALSE	FALSE			160.30	49.50	50.3	56.53	安静 1.0	1.0	良好	静脈栄養法	有	3.70	5%未満	1.62	19.26	高リスク
平成17年11月01日	FALSE	FALSE			160.30	49.50	50.3	56.53	安静 1.0	1.0	良好	静脈栄養法	有	3.70	5%未満	1.62	19.26	高リスク

eケア基本帳票は、3か月分のデータ入力で1ファイルを前提にしています。

測定日データは、最大で6回分(2週間毎の測定で3か月分)をeグレインよりコピーしてください。

記入者	職種
	医師
	看護師
	ワーカー
	管理栄養士
	栄養士

**注意！ このシート(「eグレインデータシート」)では、行や列の削除は行わないでください！**

**行や列の削除を行うとリンクしてあるシートの計算式がエラーになります。**

**不要なデータを消したい場合は、キーボードのデリートキーでクリアしてください。**

①記入者(15名迄)・職種(10職種迄)を登録して、原本ファイルを作成してください。

②原本ファイルをコピーしたファイルにeグレインから利用者及び測定データをコピーしてください。

③利用者のお名前をファイル名に加えて保存してください。

喫食調査票では、プルダウン項目(水分量は数値の入力)より選択して喫食率を入力出来、平均値を計算します。

喫食率調査票は、ベッドサイドで記入して頂く場合のプリントアウト用です。

喫食調査票・喫食率調査票では、上旬に年月を入力してください。曜日は自動で入力されます。

# 栄養スクリーニング書

(施設)

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 作成年月日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

氏名	(ふりがな) にほんいちろう	様 男性	要介護度	要介護5
	日本一郎		病室・居室	77
	明治 43 年 09 月 05 日 ( #VALUE! 才)			

(主治医の意見書が入ってきた場合には裏面に添付)

## 低栄養リスクのレベル

	現在の状況	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長 (cm) (測定日) ( 年 月 日)	(cm) ( 年 月 日)			
体重 (kg) (測定日) ( 年 月 日)	(kg) ( 年 月 日)			
BMI		<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満	
体重減少率 (%)	( ) か月に ( ) % <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 増	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1ヶ月に3~5%未満 <input type="checkbox"/> 3ヶ月に3~7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6ヶ月に3~10%未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3ヶ月に7.5%以上 <input type="checkbox"/> 6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値* (g/dl) (測定日) ( 年 月 日)	(g/dl) ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl 以上	<input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl 未満
食事摂取量		<input type="checkbox"/> 良好 (76~100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) (内容 _____ )	
栄養補給法				<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
褥瘡				<input type="checkbox"/> 褥瘡

\*は記入が望ましい項目

## 栄養アセスメント書 (施設)

### 【 I 】

氏名	(ふりがな) にほんいちろう 日本一郎 様	男性	要介護度 病室・居室	要介護5 77
	明治 43 年 09 月 05 日			
実施日	年 月 日	記入者		
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向				
主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む)				

### 食事の提供のための必要事項

実施日	平成 年 月 日	記入者	
嗜好			
禁忌			
アレルギー			
療養食の指示			
食事摂取行為の自立			
形態			
環境			
特記事項			

### 多職種による栄養ケアの課題

実施日	平成 年 月 日	記入者																	
<p>低栄養状態関連問題</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 皮膚( )</td> <td><input type="checkbox"/> 7 便秘</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題</td> <td><input type="checkbox"/> 8 浮腫</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭</td> <td><input type="checkbox"/> 9 脱水(腋下・口唇の乾燥等)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ</td> <td><input type="checkbox"/> 10 感染</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 食欲低下</td> <td><input type="checkbox"/> 11 発熱</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害</td> <td><input type="checkbox"/> 12 経腸栄養</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐</td> <td><input type="checkbox"/> 13 静脈栄養</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 下痢(下剤の常用を含む)</td> <td><input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 1 皮膚( )	<input type="checkbox"/> 7 便秘	<input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題	<input type="checkbox"/> 8 浮腫	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 9 脱水(腋下・口唇の乾燥等)	<input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 10 感染	<input type="checkbox"/> 3 食欲低下	<input type="checkbox"/> 11 発熱	<input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/> 12 経腸栄養	<input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 13 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 6 下痢(下剤の常用を含む)	<input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用
<input type="checkbox"/> 1 皮膚( )	<input type="checkbox"/> 7 便秘																		
<input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題	<input type="checkbox"/> 8 浮腫																		
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 義歯の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 9 脱水(腋下・口唇の乾燥等)																		
<input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 10 感染																		
<input type="checkbox"/> 3 食欲低下	<input type="checkbox"/> 11 発熱																		
<input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/> 12 経腸栄養																		
<input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 13 静脈栄養																		
<input type="checkbox"/> 6 下痢(下剤の常用を含む)	<input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                 ※ 特記事項             </div>																			

病室・居室 77

利用者名: 日本一郎 様

【Ⅱ】

生活機能・身体機能・身体計測(\*記入可能な場合)

実施日	平成 17 年 06 月 01 日		平成 17 年 07 月 01 日	
項目	記入者		記入者	
生活機能・身体機能				
握力*(kg)(利き腕 )				
体重(kg)	49.5 ( 98 % )	50.5	49.5 ( 98 % )	50.5
理想体重(kg)	56.5		56.5	
通常体重(kg)	50.3		50.3	
体重変化率(%)	1.6 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少		1.6 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少	
下腿周囲長(cm)	( % )	30	( % )	30
上腕周囲長(cm)	( % )	24	( % )	24
上腕三頭筋皮脂厚(mm)	( % )	8	( % )	8
上腕筋面積(cm <sup>2</sup> )	( % )	36.6	( % )	36.6

(%): JARDの50パーセンタイル値(中央値)を100%として換算 50パーセンタイル値(中央値)を表示します

臨床検査(記入可能な場合)

項目	実施日	年	月	日	実施日	年	月	日
	記入者				記入者			
血清アルブミン(g/dl)	3.7				3.7			
ヘモグロビン(g/dl)								
血糖値(mg/dl)								
総コレステロール(mg/dl)								
クレアチニン(mg/dl)								
BUN(mg/dl)								

経口摂取量(①)		実施日	年	月	日	実施日	年	月	日
		記入者				記入者			
食事	主食(割)								
	副食(割)								
	エネルギー(Kcal)								
	たんぱく質(g)								
	水分(ml)								
栄養補助食品	種類								
	1回の量(ml(g))								
	頻度(回)								
	エネルギー(Kcal)								
	たんぱく質(g)								
間食	種類								
	1回の量(ml(g))								
	頻度(回)								
	エネルギー(Kcal)								
	たんぱく質(g)								
合計	エネルギー(Kcal)①								
	たんぱく質(g)①								
	水分(ml)①								



## 栄養ケア評価書 (施設)

病室・居室 77

氏名 日本一郎 様

	3か月後の目標	サービス提供前		週・月日		週・月日		週・月日		週・月日	
		年 月 日		17年06月01日		17年07月01日		17年08月01日		年 月 日	
		記入者		記入者		記入者		記入者		記入者	
		数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	達成 (改善)率	問題 チェック
<b>アウトカム</b>											
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
生活機能・身体機能			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観(意欲)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事に対する満足感			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>栄養リスク</b>											
体重(kg)			<input type="checkbox"/>	49.5	<input type="checkbox"/>	49.5	<input type="checkbox"/>	49.5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
BMI			<input type="checkbox"/>	19.3	<input type="checkbox"/>	19.3	<input type="checkbox"/>	19.3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重減少率(%/月)			<input type="checkbox"/>	1.6	<input type="checkbox"/>	1.6	<input type="checkbox"/>	1.6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
血清アルブミン(g/dl)			<input type="checkbox"/>	3.7	<input type="checkbox"/>	3.7	<input type="checkbox"/>	3.7	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
喫食状態			<input type="checkbox"/>	不良(75%以下)	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
経腸・静脈栄養法			<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	静脈栄養法	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
褥そう			<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>栄養補給量</b>											
エネルギー(kcal(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
タンパク質(g(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
水分(ml(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>その他の項目</b>											
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価											
計画の修正			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
総合評価											

## 栄養ケア提供経過記録書 (施設)

病室・居室 77

利用者名: 日本一郎 様

作成日: 年 月 日

作成者氏名: \_\_\_\_\_

サービス提供項目	月 日	月 日	月 日	月 日
栄養補給				
栄養食事相談				
関連職による栄養ケア				
食事				

## カンファレンス記録書(施設)

病室・居室 77

利用者名: 日本一郎 様

開催日 年 月 日 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目				
検討した内容				
結論				
残された課題				

作成担当者氏名



栄養ケア計画書（施設）

病室・居室： 77

初回  紹介  継続

認定中  申請中

利用者名： 日本一郎 様 生年月日 明治 43 年 09 月 05 日 住所：

計画作成者氏名：

入所(院)日： 平成 年 月 日

所属名及び所在地：

初回作成日： 平成 年 月 日

担当者氏名：

作成(変更)日： 平成 年 月 日

要介護状態区分 要介護5

利用者及び家族の意向		説明と了解日 年 月 日
解決すべき課題(ニーズ)	低栄養状態のリスク( <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 )	サイン
長期目標と期間		続柄

短期目標と期間	栄養ケア(栄養補給、食事の個別化、栄養食事相談、多職種による栄養ケアなど)	担当者	頻度	期間
特記事項				



# 喫食調査表

平成 17 年 2 月  
上旬

病室・居室 77

名前 日本一郎 様

		1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	平均
		火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	
食             事	朝食	主食										
		主菜										
		副菜										
	10時											
	昼食	主食										
		主菜										
		副菜										
		麵・丼										
	3時											
	夕食	主食										
		主菜										
		副菜										
		麵・丼										
	乳製品											
	夜食											
嗜好品												
その他												
朝・昼・夕・10・3時												
合計												

嗜好品・その他(主な食べ物)

		1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	平均
		火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	
水       分	朝											
	朝食											
	10時											
	昼食											
	3時											
	夕食											
	夜											
	他											
合計												

☆ 食事量は、0, 5, 20, 40, 60, 80, 100を選択してください。(%)

☆ 水分量は、食事以外の薬等で飲んだものをmlで記入してください。  
(入力は数値だけでmlの入力は不要です)

栄養管理計画書

計画書作成日 平成 年 月 日

フリガナ にほんいちろう  
 氏名 日本一郎 様 性別 男性  
 明治 43 年 09 月 05 日生 95 歳  
 入院日 月 日

病棟 77  
 担当医師名  
 担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・ ・ ・	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 食事内容 特別食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 留意事項
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 )	実施予定日: 月 日
栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 )	実施予定日: 月 日
退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 )	実施予定日: 月 日
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日: 月 日	
退院時及び終了時の総合的評価	