

栄養と口腔のアセスメントシート



栄養アセスメントシート

★食事に関する質問について、当てはまる答えに✓をつけてください。

質問		回答欄			
1	食事は1日何回食べていますか？	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> その他（ ）
2	食事は主に誰が作っていますか？	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族（ ）	<input type="checkbox"/> 宅配	<input type="checkbox"/> その他（ ）
3	食欲はありますか？（直近1か月くらい）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> まあまあある	<input type="checkbox"/> あまりない	

【食事チェック表】 食べた食品に○、水分は飲んだら○または杯数をつけましょう	炭水化物・油 エネルギー源			たんぱく質 血・筋肉・骨になる					ビタミン・ミネラル 体の調子を整える			嗜好品	水分	
	主食	芋類	油	肉	魚	卵	大豆製品	乳製品	野菜	果物	海藻きのこ			
	時間 / 食べた料理													
朝														
昼														
夕														
間食														
合計														
一日の目標	1日3食	7種類以上（10品目からまんべんなく）											こまめに	



口腔アセスメントシート

質問		回答欄		
1	自分の歯はありますか	<input type="checkbox"/> 全てある	<input type="checkbox"/> ないところがある	<input type="checkbox"/> 全くない
2	入れ歯は使っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 持っているが使っていない
3	自分の歯または入れ歯で、奥歯をかみしめられますか	<input type="checkbox"/> 左右どちらもかみしめられる	<input type="checkbox"/> 片方だけできる	<input type="checkbox"/> 両方できない
4	こんな症状がありますか	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> グラグラする歯がある	<input type="checkbox"/> むせやすい
		<input type="checkbox"/> お口が乾く	<input type="checkbox"/> 口臭がある	<input type="checkbox"/> 活舌が悪い
5	いつ歯(入れ歯)を磨きますか	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕食後
		<input type="checkbox"/> 寝る前	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 難しい・大変
6	かかりつけの歯科医院はありますか	<input type="checkbox"/> ある（定期受診あり）	<input type="checkbox"/> ある（定期受診や治療を中断している）	<input type="checkbox"/> ない

栄養と口腔のアセスメントシート

記入例



栄養アセスメントシート

★食事に関する質問について、当てはまる答えに✓をつけてください。

質問		回答欄			
1	食事は1日何回食べていますか？	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> その他 ()
2	食事は主に誰が作っていますか？	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> 宅配	<input type="checkbox"/> その他 ()
3	食欲はありますか？ (直近1か月くらい)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> まあまあある	<input type="checkbox"/> あまりない	

【食事チェック表】 食べた食品に○、水分は飲んだら○または杯数をつけましょう		炭水化物・油		たんぱく質					ビタミン・ミネラル			嗜好品	水分		
		エネルギー源		血・筋肉・骨になる					体の調子を整える						
時間 / 食べた料理		主食	芋類	油	肉	魚	卵	大豆製品	乳製品	野菜	果物	海藻きのこ			
朝 7:00	トースト 目玉焼き トマト コーヒー	○		○			○			○				○	下
昼 12:00	そうめん スイカ	○									○				上
夕 19:00	ご飯 刺し身 きゅうりもみ わかめ味噌汁	○				○				○		○			上
間食 15:00	せんべい チョコ													○	上
合計		3		1	1	1				2	1	1		1	8
一日の目標		1日3食	7種類以上 (10品目からまんべんなく)										こまめに		

分量にかかわらず、
食べた食品に○

水分は飲んだら○
もしくは「正の字」で記入



口腔アセスメントシート

質問		回答欄		
1	自分の歯はありますか	<input type="checkbox"/> 全てある	<input type="checkbox"/> ないところがある	<input type="checkbox"/> 全くない
2	入れ歯は使っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 持っているが使っていない
3	自分の歯または入れ歯で、 奥歯をかみしめられますか	<input type="checkbox"/> 左右どちらもかみしめられる	<input type="checkbox"/> 片方だけできる	<input type="checkbox"/> 両方できない
4	こんな症状がありますか	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> グラグラする歯がある	<input type="checkbox"/> むせやすい
		<input type="checkbox"/> お口が乾く	<input type="checkbox"/> 口臭がある	<input type="checkbox"/> 活舌が悪い
5	いつ歯(入れ歯)を磨きますか	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕食後
		<input type="checkbox"/> 寝る前	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 難しい・大変
6	かかりつけの歯科医院はありますか	<input type="checkbox"/> ある (定期受診あり)	<input type="checkbox"/> ある (定期受診や治療を中断している)	<input type="checkbox"/> ない