

栄養シートアセスメント・新規申込書

ご利用者様	フリガナ： 様（男・女）	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
ご利用者様 住所	〒 - 常時ご連絡がとれるところをご記入ください TEL：		
身長	cm	体重	kg

質問に対して、該当する箇所を○で囲んでください。

調査年月日： 年 月 日

調査項目		
①食事は1人で食べる人が多いですか	はい	いいえ
②買物や食事の支度は1人で出来ますか	はい	いいえ
③1日3回きちんと食べていますか	はい	いいえ
④この頃、食べる量が少なくなったと感じますか	はい	いいえ
⑤この頃、体重が減ってきたと感じますか	はい	いいえ
⑥野菜は毎日食べていますか	はい	いいえ
⑦水分は1日コップ5杯以上とっていますか	はい	いいえ
⑧薬は何種類飲んでいますか	3種類以上	2種類以下
⑨食べたり、飲んだりするときにむせますか	はい	いいえ
⑩入れ歯や噛み合わせに問題がありますか	はい	いいえ
合計	点	

■ 部分のチェックを1点として、合計してください

〔判断基準〕

0～1点：問題ありません。定期的な栄養チェックを行ってください。

3点以上：あなたは栄養危機の疑いがあります（危険）。管理栄養士の栄養指導が必要となります。

紹介元医療機関	医療機関名
	医師氏名

注) 上記の情報を明記して頂ければ、新規申込書にもなります。