

自立支援型栄養アセスメントシート

アセスメント実施日： 年 月 日

利用者名

記入者名

食事の準備	
①買い物に負担を感じる	はい ・ いいえ
②食事作りに負担を感じる	はい ・ いいえ
食 事	
③食事時間	決まった時間に食べている ・ 毎回バラバラ
⑤食事に楽しみがある	はい ・ いいえ
⑥食 欲	良好 ・ 普通 ・ 不良
⑦食事回数	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 間食
⑧食事を抜くことがありますか。	はい ・ いいえ
⑨食事姿勢や動作に不自由を感じますか。	はい ・ いいえ
⑩配食サービスの利用	有(朝 ・ 昼 ・ 夕) ・ 無
⑪食物アレルギーの有無	有(食品名:) ・ 無
⑫毎食、ごはん・パン・麺を食べていますか。	はい ・ いいえ
⑬毎食、魚類・肉類・卵・大豆製品、いずれかを食べていますか。	はい ・ いいえ
⑭毎食、野菜・きのこ類・海藻類、いずれかを食べていますか。	はい ・ いいえ
⑮毎日、牛乳か乳製品(ヨーグルトかチーズ)を食べていますか。	はい ・ いいえ
⑯毎日、果物を食べていますか。	はい ・ いいえ
水分摂取	
⑰飲水量(1日)	500ml ・ 500~1,000ml ・ 1,000ml以上
嗜 好	
⑱偏食の有無	有 ・ 無
⑲間食の有無	有(内容・量) ・ 無
⑲好きな食べ物	
⑲嫌いな食べ物	
⑳アルコールの量	缶ビール (350ml 本)くらい (回/週) 日本酒 (合)くらい (回/週) その他 ()くらい (回/週)
惣菜・外食	
㉑惣菜の活用	揚げ物・煮物・お弁当・焼き魚・カップ麺・レトルト・その他・利用しない
㉒外食の利用	回/週 ・ 利用しない