

【 低栄養防止 初回支援報告・計画書 】

【参加者】

氏名	(ふりがな)	性別	男 ・ 女	生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 (歳)
住所	春日部市			電話番号	

【実施状況】

実施日	年 月 日	実施時間	: ~ :	実施方法	面接 ・ 電話 ・ その他 ()
相談者	本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 子の配偶者 ・ 孫 ・ 兄弟 ・ その他 ()				
支援者	(氏名)	(資格)	管理栄養士 ・ 保健師		
次回支援予定	(予定日) 月 日	(方法)	面接 ・ 電話 ・ その他 ()		

【低栄養・重症化予防】 ←該当する方を選択

1. 対象者の状況	健診結果の有無	あり ・ なし	(なしの場合の理由)		受診(検査)していない ・ 紛失 ・ 覚えていない				
	身長	.	cm	自覚症状					
	体重	.	Kg						
	BM	.	kg/m ²	既往歴 現病歴					
	血圧	/	mmHg						
	かかりつけ医の有無	いる ()		いない	服薬の有無	あり ()	なし		
	受診状況	受診あり(頻度:)		受診なし	服薬管理状況	適正	要改善 ()		
	主治医からの指示	あり(内容:)					なし		
2. 生活の状況	家庭内役割		なし	調理	洗濯	掃除	ごみ捨て	買い物	庭仕事
			その他 ()						
	運動の状況								
	食事のバランス		良好	要改善		栄養についての 特記事項	(塩分・脂質・たんぱく質 等)		
	1日の推定エネルギー摂取量	少ない	適正	多い					
	1日に主菜を摂る回数	少ない	適正	多い					
	1日の水分摂取量	少ない	適正	多い					
	入れ歯	あり	なし	歯磨き回数			回/日		
社会参加	自治会	サークル・教室	ボランティア	その他 ()					
3. 保険・福祉・介護サービスの状況		介護認定	なし	あり(介護度:)		認定期間	年 月 ~ 年 月		
		介護サービスの利用		なし	あり ()				
		保健・福祉サービスの利用		なし	あり ()				

4. 質問票			
1	あなたの健康状態はいかがですか。	1. よい 2. まあよい 3. ふつう	4. あまりよくない 5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	1. 満足 2. やや満足	3. やや不満 4. 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	はい	いいえ
4	半年前に比べて固いもの(さきいか、たくあんなど)が、食べにくくなりましたか。	いいえ	はい
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	いいえ	はい
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	いいえ	はい
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	いいえ	はい
8	この1年間に転んだことがありますか。	いいえ	はい
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	はい	いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされていますか。	いいえ	はい
11	今日が何月何日か、わからない時がありますか。	いいえ	はい
12	あなたは、たばこを吸いますか。	1. 吸っていない 2. やめた	3. 吸っている
13	週に1回以上は外出していますか。	はい	いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	はい	いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	はい	いいえ
※ 右側 についた数 () /15 項目			

5. 計画と指導内容	
計画 1	
計画立案の背景	
指導内容	
計画 2	
計画立案の背景	
指導内容	
計画 3	
計画立案の背景	
指導内容	

6. 行動変容 ステージ	1. 無関心期 意志なし 2. 関心期 意志あり（6か月以内） 3. 準備期 意志あり（近いうち） 4. 実行期 取り組み済み（6か月未満） 5. 維持期 取り組み済み（6か月以上）
-----------------	---

7. 特記事項	
---------	--