

# 栄養評価チェック

氏名

様

「Ⅰ栄養チェック項目」1点以上または「Ⅱ食生活チェック項目」で2点以上の場合、  
栄養に関して課題があるかもしれませんので、地域ケア会議で栄養士に繋いでください。

## Ⅰ 栄養チェック項目

| No | 質問項目   | いずれかに○をつけてください |        |
|----|--|----------------|--------|
| 1  | 基本チェックリスト「質問項目11. 6カ月間で2～3kgの体重減少がありましたか」の回答が「1」になっている   | 1: はい          | 0: いいえ |
| 2  | BMIが<br>18歳～49歳の場合 18.5未満または25以上<br>50歳～64歳の場合 20未満または25以上<br>65歳以上の場合 21.5未満または25以上<br>(BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)) | 1: はい          | 0: いいえ |
| 3  | 糖尿病、腎臓病、透析、心疾患、脳血管疾患などの疾病を持っている  | 1: はい          | 0: いいえ |

Ⅰ 合計点数 点

## Ⅱ 食生活チェック項目

| No | 質問項目                              | いずれかに○をつけてください    |        |           |
|----|-----------------------------------|-------------------|--------|-----------|
| 1  | 食事がおいしいですか                        | 0: はい             | 1: いいえ | どちらともいえない |
| 2  | 1日に食事を2回以上摂っていますか                 | 0: はい             | 1: いいえ |           |
| 3  | 肉、魚、卵、大豆製品のどれかを1日2回以上摂っていますか      | 0: はい             | 1: いいえ |           |
| 4  | 乳製品(牛乳・ヨーグルト・チーズ)を毎日摂っていますか       | 0: はい             | 1: いいえ |           |
| 5  | 野菜料理を毎日3品以上摂っていますか                | 0: はい             | 1: いいえ |           |
| 6  | 食事以外で水分は1日コップ5杯以上飲んでいきますか         | 0: はい             | 1: いいえ |           |
| 7  | おやつまたはアルコールを摂って食事を抜いたり減らすことがありますか | 1: はい             | 0: いいえ |           |
| 8  | 最近(3カ月ほどの間)食べる量が減りましたか            | 1: はい             | 0: いいえ |           |
| 9  | 食事で注意していることはありますか                 | 1: はい<br>(具体的に: ) | 0: いいえ |           |
| 10 | 食事で気になっていることや困っていることがありますか        | 2: はい<br>(具体的に: ) | 0: いいえ |           |

Ⅱ 合計点数 点

下記項目記載ください

|       |       |        |       |
|-------|-------|--------|-------|
| 調理担当者 | (続柄 ) | 食材の購入者 | (続柄 ) |
|-------|-------|--------|-------|

## \* 評価

| 項目        | 点数   |
|-----------|------|
| Ⅰ 栄養チェック  | 1点以上 |
| Ⅱ 食生活チェック | 2点以上 |