



日付

--	--	--	--	--

患者番号

--

1. あなたの食習慣は？

当てはまるもの全て選択して下さい

- 食事制限がある
- 特別な食習慣はない
- ベジタリアンである
- 菜食主義にこだわっている
- グルテンフリー食を食べている
- 糖分を摂取しないようにしている
- 炭水化物を食べないようにしている
- 脂肪摂取を控えている
- 乳糖不耐症である
- 食物アレルギーがある
- その他

**2. 今回の入院前はどこにいましたか？**

- 自宅
- 特別養護老人ホーム等の施設
- 別の病院
- その他

3. 普段、歩行できていますか？

- はい
- はい、介助があれば
- はい、杖や歩行器、松葉杖を使用しています
- いいえ、車椅子が必要です
- いいえ、寝たきりです

**4. 一般的に言って、あなたの健康は、**

○ とても良い

○ 良い

○ まあまあ

○ 良くない

○ とても悪い

5. 今回の入院前1年間で

何回、医師の診察を受けましたか？

回
回
泊

何回、病院に入院しましたか？(ERや他の病棟)

病院には何日入院しましたか？

**6. (入院前に)毎日、どれだけの薬を服用していますか？
(錠数ではなく薬剤数)**

- 1-2
- ゼロ
- 3-5
- わかりません
- 5以上

7. 健康保険に入っていますか？

- はい、民間の保険のみ(生命保険等)
- はい、公的保険のみ(健康保険)
- はい、両方
- いいえ
- 答えたくない

8. あなたの5年前の体重

--

kg

 わかりません**9a. この3ヶ月の間に体重は減りましたか？**

- はい、意図的にやせました
- はい、意図せずにやせました
- いいえ、変わりありません
- いいえ、体重が増えました
- わかりません

 わかりません**9b. はいの場合、何kg減りましたか？**

--

kg

 わかりません**10. 2日前の時点で入院することは知っていましたか？**

- はい
- いいえ

11. 教えて下さい

- 入院時に体重測定をした はい いいえ わかりません
- 栄養に関する診断や治療について説明があった ○ ○ ○
- 栄養療法のオプションについて説明があった ○ ○ ○
- 特別な栄養療法を受けた ○ ○ ○

12. 入院前1週間の食事量はどうでしたか？

- いつも以上
- いつも通り
- いつもの3/4程度
- いつもの半分
- いつもの1/4以下

**シート3bに続きます**www.nutritionDay.org



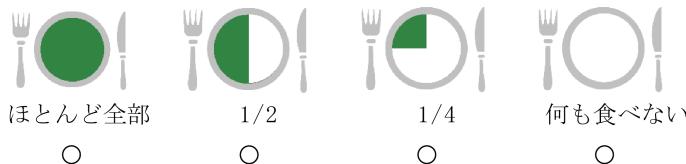
日付

--	--	--	--	--

患者番号

--

13a. 今日の食事はどうぐらいいべることができましたか？



13b. 本日注文した食事の量は

- 普通
- 少なめ
- 多め
- わかりません

14. 病院での食事に満足していますか？

- とても満足している
- 不満である
- 少満足している
- 非常に不満
- ふつう
- わかりません

15. 本日の食事は介助してもらいましたか？ はい、家族や友人が はい、病院職員が いいえ

16. 本日は中断することなく食事ができましたか？ はい いいえ

17. 食事を全部食べることができなかった場合、その理由は？（当てはまるもの全て選択して下さい）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 嫌いな食事だった | <input type="checkbox"/> 飲み込んだり噛んだりしにくかった |
| <input type="checkbox"/> におい気に入らなかった | <input type="checkbox"/> 通常もこの量より小食だ |
| <input type="checkbox"/> や味が気に入らなかった | <input type="checkbox"/> むかつき／吐き気があった |
| <input type="checkbox"/> 食事が私の文化や宗教に合っていなかった | <input type="checkbox"/> 疲れていた |
| <input type="checkbox"/> 食事が熱すぎた | <input type="checkbox"/> 介助なしに食事ができない |
| <input type="checkbox"/> 食事が冷たすぎた | <input type="checkbox"/> 食事が許可されなかった |
| <input type="checkbox"/> 食物に対するアレルギーや過敏症のため | <input type="checkbox"/> 検査／手術を受けていて、食べられなかった |
| <input type="checkbox"/> 空腹ではなかった | <input type="checkbox"/> 賴んだ食事ではなかった |
| <input type="checkbox"/> いつもより食欲がなかった | |



18. この24時間で飲んだ飲物の量をカップ何杯分かで記入して下さい。

	水
	お茶、紅茶

	コーヒー
	牛乳

	フルーツジュース
	ソフトドリンク

	栄養飲料
	その他

19a. 本日、病院食以外のものは食べましたか？ はい いいえ

19b. 「はい」の場合、何を食べましたか？

- 甘いお菓子(ケーキやチョコレート等)
- 手作りの料理
- 乳製品
- サンドイッチ
- 塩辛いお菓子(せんべいやスナック菓子等)
- フルーツ
- 出前やレストランの食事
- その他

20. 入院中に食事量の変化はありましたか？

- 増えた
- 減った
- 変わらない
- わかりません

21. 今日の気分は

- 入院時よりいい
- 本日入院した
- 入院時よりよくない
- わかりません
- 入院時と変わらない

22. 本日、介助を受けずに歩けますか。

- はい
- いいえ、介助が必要
- いいえ、ベッドから出られない



23. この質問票に記入するのに、誰かに助けてもらいましたか。

- はい
- いいえ