

あなたの施設に当てはまるボックスを選択して下さい



療養型病床
シート1

記述日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Center-Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
登録ユニット番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ユニットの入院患者数

ユニットの最大入院患者数

施設の最大入院患者数

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

このユニットに管理栄養士または栄養士はいますか？

- ☐ はい
☐ いいえ

貴施設で強制栄養管理を行っている患者はいますか？

- ☐ はい
☐ いいえ

栄養失調/栄養リスクについて、定期的にスクリーニングを行っていますか？（1つだけ選択してください）

- ☐ 入院時のみ
☐ 月に1回
☐ 1年につき4～6回
☐ 1年につき1～2回
☐ 全く無し

すべての患者の栄養失調（の危険性）の評価手段（複数選択可）

- ☐ body mass index (BMI)
☐ 体重の変化
☐ 食事摂取量のモニタリング
☐ 臨床所見
☐ 栄養不良のスクリーニング（MNA-SF, MUST等, NRS,...）
☐ その他

どのぐらいの頻度で患者の体重を測定していますか？（1つだけ選択してください）

- ☐ 入院時のみ
☐ 月に1回
☐ 1年につき4～6回
☐ 1年につき1～2回
☐ 全く無し

ありがとうございました。