



同意	<input type="radio"/> 書面/口頭	<input type="radio"/> 拒否	入院日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
昨年調査した患者	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	性別	<input type="radio"/> 男性	<input type="radio"/> 女性				
入居者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	身長 (m)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
名	<input type="text"/>	<input type="text"/>		現在の体重 (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
姓	<input type="text"/>	<input type="text"/>		3ヶ月前の体重 (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生まれた年 (西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1年前の体重 (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>基本的なケアに要する時間</b>		<b>栄養失調</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> リスク状態 <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> 自立している		<b>脱水</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> 1日あたり45分以下 <input type="radio"/> 120-239分		<b>嚥下困難</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> 46-119分 <input type="radio"/> 240分以上		<b>咀嚼の問題</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<b>自力で歩けますか？</b>		<b>経口栄養</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> 寝たきりまたは車椅子を常時使用		<small>もし、はいの場合：</small> <b>2＝軟食又は流動食</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> ベッドや車椅子から立ち上がれるが、歩いて外出はできない		<b>3＝エネルギー又はタンパク強化食</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> 自由に歩いて外出できる		<b>経口栄養補助剤</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<b>口頭またはそれ以外の手段で意思伝達ができる</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		<b>3＝経管栄養</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<b>認知状況</b>		<b>4＝静脈栄養</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> 高度の認知症		<b>輸液</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<input type="radio"/> 中程度の認知症 <input type="radio"/> 認知症無し		<b>過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そして・嚥下困難などで食事量が減少しましたか？</b>	
<b>うつ状態</b>		<input type="radio"/> かなり減った <input type="radio"/> 少し減った <input type="radio"/> 減っていない	
<input type="radio"/> 重度のうつ状態		<b>先週きちんと食事が摂れましたか？</b>	
<input type="radio"/> 軽度のうつ状態 <input type="radio"/> うつ状態ではない		<input type="radio"/> いつもより多い <input type="radio"/> いつも通り <input type="radio"/> いつもより少し少ない <input type="radio"/> いつもよりかなり少ない <input type="radio"/> 全くなし <input type="radio"/> 経管/経静脈栄養のため全く食事していない	
<b>ケアを受ける要因となった診断</b>		<b>今日の昼食をどのぐらい食べたかあてはまるものに印をつけて下さい</b>	
<input type="radio"/> 担癌状態		 <input type="radio"/> 3/4以上	
<input type="radio"/> 脳、神経：痴呆、卒中、MS		 <input type="radio"/> 1/2	
<input type="radio"/> 骨格/骨/筋肉		 <input type="radio"/> 1/4	
<input type="radio"/> 心臓、循環器、肺：心筋梗塞、心不全、COPDなど		 <input type="radio"/> 全くなし	
<input type="radio"/> Others		<input type="radio"/> 経管/経静脈栄養のため全く食事していない <input type="radio"/> 分かりません	
<b>過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		<b>食事の際に介助が必要でしたか？</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
<b>この患者がへの間に亡くなると驚きますか？</b>			
6ヶ月 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 分かりません <input type="radio"/> 無回答			
4週間 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 分かりません <input type="radio"/> 無回答			
<b>1日辺りの薬剤数</b>			
<b>抗うつ病剤</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
<b>抗生物質</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
<b>麻薬系の薬剤（オピオイド）</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
<b>鎮静剤</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			
<b>抗精神病薬/神経遮断薬</b> <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ			

ありがとうございました。