

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"/>
Center-Code	<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"/>

ユニットの入院患者数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ユニットの最大入院患者数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
施設の最大入院患者数	<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。

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"/>
名	<input type="text"/> <input type="text"/>		現在の体重 (kg)	<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"/>
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"/>

基本的なケアに要する時間 <input type="radio"/> 自立している <input type="radio"/> 1日あたり45分以下 <input type="radio"/> 120-239分 <input type="radio"/> 46-119分 <input type="radio"/> 240分以上	栄養失調 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> リスク状態 <input type="radio"/> いいえ
	脱水 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
自力で歩けますか？ <input type="radio"/> 寝たきりまたは車椅子を常時使用 <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 <input type="radio"/> 自由に歩いて外出できる	嚥下困難 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	咀嚼の問題 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
口頭またはそれ以外の手段で意思伝達ができる <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	経口栄養 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <small>もし、はいの場合:</small> 2=軟食又は流動食 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 3=エネルギー又はタンパク強化食 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	経口栄養補助剤 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
認知状況 <input type="radio"/> 高度の認知症 <input type="radio"/> 中程度の認知症 <input type="radio"/> 認知症無し	3=経管栄養 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	4=静脈栄養 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
うつ状態 <input type="radio"/> 重度のうつ状態 <input type="radio"/> 軽度のうつ状態 <input type="radio"/> うつ状態ではない	輸液 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？ <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
ケアを受ける要因となった診断 <input type="radio"/> 担癌状態 <input type="radio"/> 脳、神経：痴呆、卒中、MS <input type="radio"/> 骨格/骨/筋肉 <input type="radio"/> 心臓、循環器、肺：心筋梗塞、心不全、COPDなど <input type="radio"/> Others	先週きちんと食事が摂れましたか？ <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
	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？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
この患者がへる間に亡くなると驚きますか？ 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	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 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 3/4以上 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/4 <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 <input type="radio"/> 分かりません
	1日辺りの薬剤数 <input type="text"/> <input type="text"/>
抗うつ病剤 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 抗生物質 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 麻薬系の薬剤 (オピオイド) <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 鎮静剤 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 抗精神病薬/神経遮断薬 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	食事の際に介助が必要でしたか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

ありがとうございました。

部門の入居者のリスト及び結果 (調査に参加した全入居者)



この用紙は施設で保存ください

コード化
 A=まだナーシング・ホームにいる
 B=別のナーシング・ホームに移送
 C=帰宅
 D=死亡
 E=その他

登録センター番号

登録ユニット番号

記述日

結果評価の実施日

6ヶ月後の結果

氏名, 姓, 生年月日	入居者番号	6ヶ月後の入居者状況	他部門への移送日および死者など	現体重 (kg)	過去6ヶ月間に			意見
					入院		転倒した回数	
					数	日数		
A, D, もしくはEに当てはまる場合にのみ記入して下さい								
居住者シール 	1	A	24.04.2017	75,2 kg	2	17	3	

ありがとうございました。