

<口腔・栄養・服薬アセスメント表>

様

実施日 年 月 日

※ できる範囲で、チェック・記入してください。

※ ご利用者様が、ご自身で記入していただける場合は、利用者様にご記入ください。

口 腔	
義歯・残歯	<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自分の歯のみ
歯科受診	<input type="checkbox"/> 定期的に受診している () か月に1回程度 <input type="checkbox"/> 必要時に受診している (最後の受診時期: 年 月頃) <input type="checkbox"/> 受診していない
その他 気になること	(自由に記入してください)

栄 養	
食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> まあまあある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
水分	1日にコップ()杯くらい飲む <input type="checkbox"/> 水分制限あり(ml)
食事回数	<input type="checkbox"/> 3食食べる <input type="checkbox"/> 時々2食になる <input type="checkbox"/> 毎日2食 <input type="checkbox"/> 4食以上食べる <input type="checkbox"/> 食べていない(胃ろうなど)
おやつ	<input type="checkbox"/> 食べる(内容例:) <input type="checkbox"/> 食べない (時間: <input type="checkbox"/> 10時頃 <input type="checkbox"/> 3時頃 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> その他)
食事制限	<input type="checkbox"/> 医師から食事制限が必要と言われている () <input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある()
よく食べる 食事形態	<input type="checkbox"/> 惣菜 <input type="checkbox"/> 揚げ物 <input type="checkbox"/> 煮物 <input type="checkbox"/> 焼き魚 <input type="checkbox"/> 炒め物 <input type="checkbox"/> カップ麺 <input type="checkbox"/> レトルト食品 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他()
好きな食べ物	()
嫌いな食べ物	()

服薬状況	服薬内容 ※別紙コピー等可 ※利用者基本情報等に記入の場合は省略してください