

# お食事についての質問票

令和 年 月 日

利用者様氏名: \_\_\_\_\_ 様      記入者: \_\_\_\_\_ (職種・続柄 \_\_\_\_\_)

身長:	cm	体重:	kg (	月	日現在)	必要栄養量:	kcal
食種等	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 療養食 ( _____ 食) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) エネルギー: _____ kcal   タンパク質: _____ g   塩分: _____ g						
栄養補助食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   製品名: _____   必要数量: _____						
経管栄養:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 胃ろう   その他: _____ ) 注入濃厚流動食: _____   エネルギー: _____ kcal/日 追加水分: _____ g/日   追加塩分: _____ g/日						
食形態等	<input type="checkbox"/> 常食   嚥下調整食: <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j						
主食	朝	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他:					
	昼・夕	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他:					
副食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他:						
朝の飲物	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> コーヒー牛乳 <input type="checkbox"/> リンゴジュース <input type="checkbox"/> その他:						
トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 水分(汁物・飲物類)トロミ <input type="checkbox"/> 副食トロミ						
咀嚼状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 問題あり:						
義歯	<input type="checkbox"/> 有:   総義歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 一部義歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 無						
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 問題あり ( <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 汁物 <input type="checkbox"/> 両方 ):						
食事摂取状況	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	摂取量	主食 ( _____ ) 割   副食 ( _____ ) 割					
	摂取用具	<input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン大 <input type="checkbox"/> スプーン小 <input type="checkbox"/> 自助スプーン <input type="checkbox"/> 滑り止めマット <input type="checkbox"/> フォーク大 <input type="checkbox"/> フォーク小 <input type="checkbox"/> 自助フォーク <input type="checkbox"/> その他					
		摂取時間	( 約 _____ ) 分程度				
	摂取時の行動	<input type="checkbox"/> 落ち着いている <input type="checkbox"/> 集中できない <input type="checkbox"/> 食べこぼしある <input type="checkbox"/> 異食行動ある <input type="checkbox"/> その他: _____					
アレルギー嗜好等	アレルギー食品 ( _____ )   禁止食品 ( _____ ) 好きな食品 ( _____ )   嫌いな食品 ( _____ )						
その他、食事について							