

この患者に当てはまる項目を選択して下さい



nutritionDay  
worldwide

あなたの患者について  
シート2a

日付

センター・コード

部門コード

患者番号     患者のイニシャル (ローマ字にしたときの先頭文字)     生年

性別  女性  男性 入院日

体重 (kg)     kg  推定値  測定値

身長 (cm)     cm  推定値  測定値 患者の同意  はい  いいえ

患者から同意が得られた場合のみ以下の項目について記入して下さい

1. 今回の入院は・・・  予定入院  緊急入院  わかりません

2a. 入院時診断 当てはまるもの全て選択して下さい

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0100 感染症および寄生虫症             | <input type="checkbox"/> 1200 皮膚および皮下組織の疾患                      |
| <input type="checkbox"/> 0200 新生物                    | <input type="checkbox"/> 1300 筋骨格系および結合組織の疾患                    |
| <input type="checkbox"/> 0300 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害 | <input type="checkbox"/> 1400 尿路性器系の疾患                          |
| <input type="checkbox"/> 0400 内分泌, 栄養および代謝疾患         | <input type="checkbox"/> 1500 妊娠, 分娩および産じょく <褥>                 |
| <input type="checkbox"/> 0500 精神および行動の障害             | <input type="checkbox"/> 1600 周産期に発生した病態                        |
| <input type="checkbox"/> 0600 神経系の疾患                 | <input type="checkbox"/> 1700 先天奇形, 変形および染色体異常                  |
| <input type="checkbox"/> 0700 眼および付属器の疾患             | <input type="checkbox"/> 1800 症状, 徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの |
| <input type="checkbox"/> 0800 耳および乳様突起の疾患            | <input type="checkbox"/> 1900 損傷, 中毒およびその他の外因の影響                |
| <input type="checkbox"/> 0900 循環器系の疾患                | <input type="checkbox"/> 2000 傷病および死亡の外因                        |
| <input type="checkbox"/> 1000 呼吸器系の疾患                | <input type="checkbox"/> 2100 健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用        |
| <input type="checkbox"/> 1100 消化器系の疾患                |   |

2b. 主たる診断 (上から1つだけ選んで下さい)

3. 併存疾患 (それぞれについてチェックして下さい)

- |   |   |
|---|---|
| 心不全 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ    | 糖尿病 I/II <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ |
| 心筋梗塞 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ   | がん <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ       |
| 慢性肺疾患 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ  | 感染症 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ      |
| 脳血管疾患 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ  | 認知症 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ      |
| 末梢血管疾患 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ | うつ病 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ      |
| 慢性肝疾患 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ  | 他の心身障害 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ   |
| 慢性腎疾患 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ  | 他の慢性疾患 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ   |

4a. 今回の入院中に手術を行いましたか?

- はい、予定手術です  いいえ
- はい、緊急手術です

術後日数  日数

4b. 今回の入院中に手術を予定していますか?

- はい、本日もしくは明日に
- はい、後日に
- いいえ

5. 今回の入院中にICUに入室していましたか?  はい  いいえ

6. この患者さんはいわゆる末期状態ですか?  はい  いいえ  わかりません

7. 水分状態 (本日)  正常  過剰  脱水  わかりません

8. 定期的に処方されている薬剤数 (錠数ではありません) (本日) 内服   その他

9. この患者さんは栄養不良もしくは栄養不良のリスクがある状態ですか?  
 栄養不良  リスク状態です  いいえ  わかりません

続きのシートがあります 2b

この患者に当てはまる項目を選択して下さい



あなたの患者について  
シート2b

日付

センター・コード

部門コード

患者番号

患者のイニシャル（ローマ字にしたときの先頭文字）

10. 輸液内容（本日）  細胞外液製剤（生理食塩水、リンゲル液、乳酸リン  5%ブドウ糖液

11. 定期的に飲んでいる経口補助栄養剤の数（本日）

12. 栄養投与法（本日）（それぞれについてチェックして下さい）

常食	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
栄養強化食	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
タンパク質/エネルギー補助飲料（例：経口栄養補助飲料）	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
経腸栄養	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
静脈栄養	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
特別治療食	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません

13a. ラインおよびチューブ（本日）（それぞれについてチェックして下さい）

中心静脈カテーテル	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	経鼻十二指腸カテーテル	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
末梢静脈ルート	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	腸瘻（エンテロストマ）	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
経鼻胃管	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	外科的/内視鏡的 胃瘻チューブ	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
経鼻空腸カテーテル	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	外科的/内視鏡的 空腸瘻チューブ	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

13b. 入院後より栄養投与のラインやチューブに関する合併症はありましたか？（感染/閉塞）

はい、以前にありました  はい、現在も継続中  いいえ  わかりません

14. 入院後、この患者について以下の項目を行った場合チェックして下さい（それぞれについてチェックして下さい）

必要エネルギー量を測定した	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
タンパク質の必要量を測定した	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
患者記録に栄養投与量を記載した	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
栄養療法プランを作成した	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
栄養の専門職にコンサルトした	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
栄養不良があることを患者記録に記載した	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません

15a. 目標エネルギー量（昨日）

500キロカロリー未満

500～999キロカロリー

1000～1499キロカロリー

1500～1999キロカロリー

2000キロカロリー以上

決めていない

わかりません

または  
記入してください  kcal/kg

15b. 摂取エネルギー量（昨日）

500キロカロリー未満

500～999キロカロリー

1000～1499キロカロリー

1500～1999キロカロリー

2000キロカロリー以上

決めていない

わかりません

または  
記入してください  kcal/kg

16. 今回、入院してからこの患者の健康状態は

改善した  入院したところである

悪化した  わかりません

変わらない

ありがとうございました