

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）

1. あなたの食習慣は？ 当てはまるもの全て選択して下さい

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 特別な食習慣はない | <input type="checkbox"/> 炭水化物を食べないようにしている |
| <input type="checkbox"/> ベジタリアンである | <input type="checkbox"/> 脂肪摂取を控えている |
| <input type="checkbox"/> 菜食主義にこだわっている | <input type="checkbox"/> 乳糖不耐症である |
| <input type="checkbox"/> グルテンフリー食を食べている | <input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある |
| <input type="checkbox"/> 糖분을摂取しないようにしている | <input type="checkbox"/> その他 |

2. 今回の入院前はどこにいましたか？

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 自宅 | <input type="radio"/> 別の病院 |
| <input type="radio"/> 特別養護老人ホーム等の施設 | <input type="radio"/> その他 |

3. 普段、歩行できていますか？

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> はい | <input type="radio"/> いいえ、車椅子が必要です |
| <input type="radio"/> はい、介助があれば | <input type="radio"/> いいえ、寝たきりです |
| <input type="radio"/> はい、杖や歩行器、松葉杖を使用しています | |

4. 一般的に言って、あなたの健康は、

- とても良い 良い まあまあ 良くない とても悪い

5. 今回の入院前1年間で

何回、医師の診察を受けましたか？ 回

何回、病院に入院しましたか？（ERや他の病棟） 回

病院には何日入院しましたか？ 泊

6. (入院前に) 毎日、どれだけの薬を服用していますか？ (錠数ではなく薬剤数)

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> 1-2 | <input type="radio"/> ゼロ |
| <input type="radio"/> 3-5 | <input type="radio"/> わかりません |
| <input type="radio"/> 5以上 | |

7. 健康保険に入っていますか？

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> はい、民間の保険のみ(生命保険等) | <input type="radio"/> いいえ |
| <input type="radio"/> はい、公的保険のみ(健康保険) | <input type="radio"/> 答えたくない |
| <input type="radio"/> はい、両方 | |

8. あなたの5年前の体重 kg わかりません

9a. この3ヶ月の間に体重は減りましたか？

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> はい、意図的にやせました | <input type="radio"/> いいえ、体重が増えました |
| <input type="radio"/> はい、意図せずにやせました | <input type="radio"/> わかりません |
| <input type="radio"/> いいえ、変わりありません | |

9b. 「はい」の場合、何kg減りましたか？ kg わかりません

10. 2日前の時点で入院することは知っていましたか？

- はい いいえ

11. 教えてください

入院時に体重測定をした	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
栄養に関する診断や治療について説明があった	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
栄養療法のオプションについて説明があった	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません
特別な栄養療法を受けた	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> わかりません

次のシートに続きます 3b



患者シート
シート3b

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）

12. 入院前1週間の食事量はどうか？

いつも以上
 いつも通り
 いつもの3/4程度
 いつもの半分
 いつもの1/4以下

13. 病院での食事に満足していますか？

とても満足している わかりません
 多少満足している
 ふつう
 不満である
 非常に不満

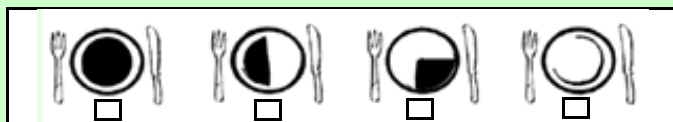
14. 本日の食事は介助してもらいましたか？

はい、家族や友人が
 はい、病院職員が いいえ

15. 本日は中断することなく食事ができましたか？

はい
 いいえ

16a. 今日の食事はどれくらい食べることができましたか？
ほとんど全部 1/2 1/4 何も食べない



16b. 本日注文した食事の量は

普通
 少なめ
 多め
 わかりません

17. 食事を全部食べることができなかった場合、その理由は？ 当てはまるもの全て選択して下さい

<input type="checkbox"/> 嫌いな食事だった	<input type="checkbox"/> 飲み込んだり噛んだりしにくかった
<input type="checkbox"/> においや味が気に入らなかった	<input type="checkbox"/> 通常もこの量より小食だ
<input type="checkbox"/> 食事が私の文化や宗教に合っていなかった	<input type="checkbox"/> むかつき／吐き気があった
<input type="checkbox"/> 食事が熱すぎた	<input type="checkbox"/> 疲れていた
<input type="checkbox"/> 食事が冷たすぎた	<input type="checkbox"/> 介助なしに食事ができない
<input type="checkbox"/> 食物に対するアレルギーや過敏症のため	<input type="checkbox"/> 食事が許可されなかった
<input type="checkbox"/> 空腹ではなかった	<input type="checkbox"/> 検査／手術を受けていて、食べられなかった
<input type="checkbox"/> いつもより食欲がなかった	<input type="checkbox"/> 頼んだ食事ではなかった

18. この24時間で飲んだ飲物の量をコップ何杯分かで記入して下さい。

<input type="text"/> 水	<input type="text"/> コーヒー	<input type="text"/> フルーツジュース	<input type="text"/> 栄養飲料
<input type="text"/> お茶、紅茶	<input type="text"/> 牛乳	<input type="text"/> ソフトドリンク	<input type="text"/> その他

19a. 本日、病院食以外のものは食べましたか？

はい いいえ

19b. 「はい」の場合、何を食べましたか？

<input type="checkbox"/> 甘いお菓子(ケーキやチョコレート等)	<input type="checkbox"/> 乳製品
<input type="checkbox"/> 塩辛いお菓子(せんべいやスナック菓子等)	<input type="checkbox"/> 出前やレストランの食事
<input type="checkbox"/> 手作りの料理	<input type="checkbox"/> サンドイッチ
<input type="checkbox"/> フルーツ	<input type="checkbox"/> その他

20. 入院中に食事量の変化はありましたか？

増えた 減った 変わらない わかりません

21. 今日の気分は

入院時よりいい
 入院時よりよくない
 入院時と変わらない
 本日入院した わかりません

22. 本日、介助を受けずに歩けますか。

はい
 いいえ、介助が必要
 いいえ、ベッドから出られない

23. この質問票に記入するのに、誰かに助けられましたか。

はい いいえ

ありがとうございました