



栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者			食事の準備状況（異い物、食事の支援、地域特性等）		作成年月日	年 月 日
家族の意向					家族構成とキーパーソン（支援者）	本人

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	
プロセス	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	★ブルダウン <sup>1</sup>	
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	□低 □中 □高	
低栄養状態のリスク（状況）	身長	cm	cm	cm	cm
	体重 / BMI	kg / kg/m <sup>2</sup>			
	3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有( kg/1ヶ月)	□無 □有( kg/1ヶ月)	□無 □有( kg/1ヶ月)	□無 □有( kg/1ヶ月)
	3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有( kg/3ヶ月)	□無 □有( kg/3ヶ月)	□無 □有( kg/3ヶ月)	□無 □有( kg/3ヶ月)
	3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有( kg/6ヶ月)	□無 □有( kg/6ヶ月)	□無 □有( kg/6ヶ月)	□無 □有( kg/6ヶ月)
	血清アルブミン値	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	栄養補給法	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口	□経口のみ □一部経口
		□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法
	その他				
栄養補給の状況	食事摂取量（割合）	%	%	%	%
	主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
	主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %			
	その他（補助食品など）				
	摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)			
	提供栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)			
	必要栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）	kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)			
	嚥下調整食の必要性	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	食事の形態（コード）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）	（コード：★ブルダウン <sup>2</sup> ）
	とろみ	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い	□薄い □中間 □濃い
食生活状況等	食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど）	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有
	本人の意欲	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>	★ブルダウン <sup>3</sup>
	食欲・食事の満足感	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>
	食事に対する意識	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>	★ブルダウン <sup>4</sup>
	□控関係	□控衛生 □摂食・嚥下	□控衛生 □摂食・嚥下	□控衛生 □摂食・嚥下	□控衛生 □摂食・嚥下
	安定した正しい姿勢が自分で取れない	□	□	□	□
	食事に集中することができない	□	□	□	□
	食事中に傾眠や意識混濁がある	□	□	□	□
	歯（義歯）のない状態で食事をしている	□	□	□	□
	食べ物を口腔内に溜め込む	□	□	□	□
固形の食べ物を咀嚼しにくく中にくむ	□	□	□	□	
食後、頬の内側や口腔内に残滓がある	□	□	□	□	
水分でむせる	□	□	□	□	
食事中、食後に咳をすることがある	□	□	□	□	
その他・気が付いた点					
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連課題）	褥瘡・生活機能関係	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下	□褥瘡（再掲） □生活機能低下
	消化器官関係	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘	□嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘
	水分関係	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水	□浮腫 □脱水
	代謝関係	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱	□感染 □発熱
心理・精神・認知症関係	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	□閉じこもり □うつ □認知症	
医薬品	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	□薬の影響	
特記事項					
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない	
サービス継続の必要性 注）栄養改善加算算定の場合	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	

- ★ブルダウン<sup>1</sup> スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン<sup>2</sup> 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）
- ★ブルダウン<sup>3</sup> 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★ブルダウン<sup>4</sup> 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

口腔衛生管理加算 様式

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 ●年●月●日生まれ ●歳
要介護度・病名等	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 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"/> 1 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j） <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和●年●月●日） <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回 <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の種類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。  
 ※医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点（スクリーニング）

記入日：令和 年 月 日 記入者：

口腔に関する問題点 （該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭）
	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥）
	<input type="checkbox"/> 歯数（ ）歯
	<input type="checkbox"/> 歯の問題（ <input type="checkbox"/> う蝕、 <input type="checkbox"/> 歯の破折、 <input type="checkbox"/> 修復物脱離、 <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 不適合、 <input type="checkbox"/> 破損、 <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）

2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日：令和●年●月●日 記入者：

記入者	(指示を行った歯科医師名： )
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 重症化予防） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 令和●年●月●日 （記入者： ）

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

4 その他の事項

--

口腔機能向上サービスに関する計画書（様式例）

氏名（ふりがな）	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日生まれ <input checked="" type="checkbox"/> 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	経口摂取( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 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"/> 1 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日：令和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日） <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		令和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日
		記入者 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性	
	<input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 口腔機能改善管理計画

作成日： 令和年月日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善（ ）） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 実施記録

実施年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日
サービス提供者	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

--