栄養ケアマネジメントについてのアンケート

1.現在食欲はありますか？
a　ある　　b　ない

2．食品でアレルギーはありますか？
a　はい（　　）　b．いいえ

3．好きな食べ物、よく食べる食品はありますか？

4．嫌いな食べ物はありますか？あれば理由もお書き下さい。
a．はい（　　）理由（　　）
b．いいえ

5．現在治療食を召し上がっていますか？
a．はい（糖尿病食 ・ 減塩食 ・ 腎臓病食 ・ 流動食 ・ その他　　）
b．いいえ

6．主食はは何を召し上がっていますか？
a．ご飯　　b．お粥　　c．その他（　　）

7．副食は何を召し上がっていますか？
a．普通食　　b．刻み食　　c．極刻み食　　d．ミキサー食

8．牛乳で腹痛や下痢を起こしやすいですか？
a．はい　　b．いいえ

9．8で「a．はい」と答えた方は下記にもお答え下さい。
a．ホットならば大丈夫　　d．ヨーグルトなら大丈夫
b．コーヒー牛乳なら大丈夫　　e．ヤクルトなら大丈夫
c．シチューなら大丈夫　　f．チーズなら大丈夫

10．体重の増減について
a．増えている　　b．減っている　　c．変わらない

11．水分補給はどのような形で行っていますか？

12．利用者様の身体状態、栄養状態、食事・栄養補給についてどのような希望をお持ちでしょうか？　利用者様、御家族様の御意見をお聞かせ下さい。

ケアプランについてのアンケート

ケアプランについて何か御希望がありましたらお書き下さい。