



nDay express  
ユニット・シート

日付

センター・コード

部門コード

1. 病院の総ベッド数

2. 最大病床数

3. 入院患者数

4. 主たる科（1つだけ選択）

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| <input type="radio"/> 内科：一般            | <input type="radio"/> 一般外科  |
| <input type="radio"/> 内科：心臓            | <input type="radio"/> 胸部外科  |
| <input type="radio"/> 内科：胃腸科・肝臓科       | <input type="radio"/> 脳神経外科 |
| <input type="radio"/> 内科：老年（高齢）科       | <input type="radio"/> 整形外科  |
| <input type="radio"/> 内科：感染症科          | <input type="radio"/> 外傷科   |
| <input type="radio"/> 内科：腎臓科           | <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 |
| <input type="radio"/> 内科：腫瘍（放射線療法を含む）科 | <input type="radio"/> 婦人科   |
| <input type="radio"/> 総合診療科            | <input type="radio"/> 小児科   |
| <input type="radio"/> 長期療養科            | <input type="radio"/> 精神科   |
| <input type="radio"/> 神経科              | <input type="radio"/> その他   |

5. 日勤の各職種の勤務者数

医師

看護師

6. あなたの部門には必要時に対応してくれる管理栄養士はいますか？  はい  いいえ

7. 栄養不良患者のスクリーニングは主にどのように行っていますか？（1つだけ選択）

入院時に

- 通常スクリーニングは行っていない
  - 決まった基準はない
  - 経験もしくは見た目での評価のみ
  - 体腔測定やBMIのみ
  - 栄養リスクスクリーニング（ツール）（NRS 2002）
  - 栄養失調ユニバーサルスクリーニングツール（MUST）
  - 栄養失調スクリーニングツール（MST）
  - SNAQ
  - 他の形式のツール
- どのような形式ですか：

入院中に

- 通常モニタリングは行っていない
  - 決まった基準はない
  - 経験もしくは見た目での評価のみ
  - 体腔測定やBMIのみ
  - 他の形式のツール
- どのような形式ですか：

8. どのような機会に患者の体重を計測しますか 当てはまるもの全て選択して下さい  必要なとき

- |                                    |                                    |                             |                                |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入院時       | <input type="checkbox"/> 入院後48時間以内 | <input type="checkbox"/> 毎週 | <input type="checkbox"/> 退院時   |
| <input type="checkbox"/> 入院後24時間以内 | <input type="checkbox"/> 入院後72時間以内 | <input type="checkbox"/> 随時 | <input type="checkbox"/> 全くしない |

9. 十分な食事摂取のために何かしていますか？ 当てはまるもの全て選択して下さい

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 追加食または間食の提供              | <input type="checkbox"/> ゆっくり食事できるように食事時間を確保している |
| <input type="checkbox"/> 食事を選択できるようにしている          | <input type="checkbox"/> よりよい食事環境を提供するようにしている    |
| <input type="checkbox"/> 必要に応じて食事の量を調整している        | <input type="checkbox"/> 文化/宗教上の志向を考慮している        |
| <input type="checkbox"/> 盛りつけを工夫してる               | <input type="checkbox"/> 患者のアレルギーや過敏症を考慮している     |
| <input type="checkbox"/> 必要に応じて食事の歯ごたえやとろみを調整している | <input type="checkbox"/> その他                     |
| <input type="checkbox"/> 飲食での患者に関連した苦情を考慮している     |  |

ありがとうございました

この患者に当てはまる項目を選択して下さい



nDay express
あなたの患者について

日付 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
センター・コード [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
部門コード [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

患者番号 [ ][ ][ ] 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

1a. 入院時診断 当てはまるもの全て選択して下さい

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

1b. 主たる診断 (上から1つだけ選んで下さい) [ ][ ][ ][ ]

2. 併存疾患 (それぞれについてチェックして下さい)

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

3. 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

4. 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

5. 栄養投与方法 (本日) (それぞれについてチェックして下さい)

- 常食 ○ はい ○ いいえ ○ わかりません
栄養強化食 ○ はい ○ いいえ ○ 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) ○ はい ○ いいえ ○ わかりません
経腸栄養 ○ はい ○ いいえ ○ わかりません
静脈栄養 ○ はい ○ いいえ ○ わかりません
特別治療食 ○ はい ○ いいえ ○ わかりません

6. 水分状態 (本日) ○ 正常 ○ 過剰 ○ 脱水 ○ わかりません

ありがとうございました

患者番号

次の質問は直接患者さんに答えてもらって下さい！

患者のみなさま

あなたが何を食べ、どう感じ、どれほど活動的で、見舞人は何人ぐらいか教えてください。本日、この部門で優れた栄養治療を行うために、この質問票に記入をお願いします。同時に、病棟スタッフから、みなさんへの診断と治療に関する基礎情報の提供を受けます。参加はまったく任意であり、いつでも取り消すことができます。また、現在の治療にはまったく変更はありません。名前や生年月日のような個人情報をやり取りしたり保存したりすることはありません。（複数の）符号化された形式でのみデータ処理を行います。

このプロジェクトに関して、さらに疑問の点があれば、以下の担当者が喜んでお答えします。

連絡担当者

1a. この3ヶ月の間に体重は減りましたか？

- はい、意図的にやせました                       いいえ、体重が増えました  
 はい、意図せずにやせました                       わかりません  
 いいえ、変わりありません

1b. 「はい」の場合、何kg減りましたか？

kg     わかりません

2. 入院前1週間の食事はどうでしたか？

- 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

3a. 今日の食事はどれぐ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



3b.

食事を全部食べることができなかった場合、その理由は？

- いつもより食欲がなかった  
 空腹ではなかった  
 嫌いな食事だった  
 においや味が気に入らなかった  
 食事が許可されなかった  
 検査／手術を受けていて、食べられなかった  
 通常もこの量より小食だ  
 飲み込んだり嚥んだりしにくかった  
 むかつき／吐き気があった  
 疲れていた  
 その他

4. 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

5. 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  
 本日立案した  
 わかりません

ありがとうございました



nDay express  
転帰

日付

センター・コード

部門コード

患者番号	退院日	診療結果	ND後の再入院
		(下の1を参照)	(下の2を参照)
	10.12.2018	1	1

1. 転帰コード	2. 再入院コード
1= 入院中 2= 他病院に転院 3= 長期療養病床・施設に転院 4= リハビリ目的で転院 5= 退院帰宅 6= 死亡 7= その他	1= いいえ 2= 予定された同じ病院への再入院 3= 予定外と同じ病院への再入院 4= 予定された異なる病院への再入院 5= 予定外の異なる病院への再入院 6= わかりません

ありがとうございました