

社區營養諮詢 個案紀錄表 (初訪) 第一版

姓名：_____ 縣市：_____ 行政區：_____ 日期：_____

來源：☐自行約診 ☐營養篩檢/評估 (MNA-SF：_____分) ☐ICOPE ☐其他：_____

諮詢方式：☐面訪 (地點：_____) ☐電訪 ☐視訊 ☐其他：_____

個案基本資料

性別：☐男 ☐女；出生：_____年(民國)/____月/____日；年齡：____歲；原住民：☐否 ☐是

身份證字號(後四碼)：_____；電話：_____；語言：☐國 ☐台 ☐客 ☐族語

教育程度：☐不識字 ☐識字 ☐國小 ☐國中 ☐高中/高職/專科學校 ☐大學 ☐研究所及以上

身體失能：☐無 ☐視力 ☐聽力 ☐其他：_____

婚姻：☐未婚 ☐已婚 ☐離婚 ☐喪偶 居住：☐獨居 ☐與_____同住

營養相關的疾病史：☐無 ☐糖尿病 ☐高血壓 ☐中風 ☐心臟病 ☐腎臟病 ☐癌症：_____

☐失智症 ☐其他：_____

可能影響營養的醫療與處置：_____

飲食與營養相關史

身體活動與功能：

行動能力：☐正常 ☐緩慢 ☐需人攙扶 ☐需要助行器 ☐依賴輪椅

活動範圍：☐可自行外出 ☐外出需陪伴 ☐只限住家 ☐其他：_____

活動/運動型態/頻率：_____

食物來源及製備：☐自己 ☐配偶 ☐子女 ☐外傭 ☐外食/購/送 ☐其他：_____ (可複選)

☐接受送餐(☐早餐 ☐午餐 ☐晚餐)：_____天/週；☐參加共餐：_____次/週

素食型態(無則免填)：☐全素 ☐蛋奶素 ☐奶素 ☐其他：_____

進食餐數：正餐：☐早餐 ☐午餐 ☐晚餐；點心：☐無 ☐早點 ☐午點 ☐晚點

食物質地：☐一般質地 ☐容易咬軟質食 ☐牙齦碎軟質食 ☐舌頭壓碎軟食 ☐不需咬細泥食

☐均質化糊狀食 ☐其他：_____

藥物：☐血糖藥 ☐血壓藥 ☐軟便劑 ☐其他：_____

輔助及替代療法(如：中草藥/營養補充劑等)：_____

飲食內容：

		早餐	早點	午餐	午點	晚餐	晚點
飲食內容							
主食類	未精製 (份)						
	精製 (份)						
豆魚蛋肉類 (份)							
蔬菜類 (份)							
油脂類 (份)							
水果類 (份)							
乳品類 (份)							

食物份量：主食類____份(未精製含____份)/豆魚蛋肉類____份/蔬菜類____份/油脂類____份/水果類____份/乳品類____份

營養補充品：☐無；☐有：品名：_____ 份量：_____ 熱量_____kcal 蛋白質_____公克

品名：_____ 份量：_____ 熱量_____kcal 蛋白質_____公克

品名：_____ 份量：_____ 熱量_____kcal 蛋白質_____公克

如本表不敷使用，請自行新增

實際攝取量：熱量：_____ kcal/day 蛋白質：_____ g/day 水份：約_____c.c. 其他：_____

體位測量	
最近 3 個月體重改變： ☐ 不知道 ☐ 差不多 ☐ 增加_____公斤 ☐ 減輕_____公斤（_____ %）	
身高：_____cm (由手/膝長_____cm 推估) 體重：_____kg BMI = _____m ² /kg	
手握力：_____ kg 小腿圍：_____ cm 其他：_____	
估算營養素需求：熱量：_____ kcal/day；蛋白質：_____ g/day；水份：_____ c.c.；其他：_____	
MNA-LF： ☐ 無 ☐ 有_____分	
生化數值、醫療檢驗	
	檢驗數據(無法取得則填無)
日期 (____年/____月/____日)	
日期 (____年/____月/____日)	
與營養相關的身體症狀	
☐ 無異常 ☐ 缺牙 ☐ 假牙裝戴 ☐ 口角炎 ☐ 口乾 ☐ 味覺減退 ☐ 口腔衛生 ☐ 吞嚥噎咳(EAT-10：____分) ☐ 咀嚼困難 ☐ 便秘 ☐ 腹瀉 ☐ 噁心 ☐ 嘔吐 ☐ 腹脹 ☐ 腹痛 ☐ 虛弱 ☐ 步態異常 ☐ 憂鬱/失智 ☐ 暈眩 ☐ 畏寒 ☐ 其他症狀：_____	
營養診斷	
P（營養問題）：	P（營養問題）：
E（病因）：	E（病因）：
S（症狀/徵候）：	S（症狀/徵候）：
營養介入	
營養處方： _____ _____ _____ 食物質地： ☐ 一般質地 ☐ 容易咬軟質食 ☐ 牙齦碎軟質食 ☐ 舌頭壓碎軟食 ☐ 不需咬細泥食 ☐ 均質化糊狀食 ☐ 其他_____	營養教育回覆示教： ☐ 可完整說出 ☐ 大部分可說出 ☐ 少部分說出 目標設定： _____ 監測/追蹤項目： _____ 建議追蹤： ☐ 否； ☐ 是： ☐ 4 週內 ☐ 8 週內 結案： ☐ 否； ☐ 是 ☐ 個案營養問題已解決 ☐ 個案已達成階段性營養照護目標 ☐ 個案或照顧者/家屬無配合意願 ☐ 個案拒訪/搬遷/失聯/逝世 ☐ 個案或照顧者/家屬已了解飲食照護技巧、資源連結等訊息 ☐ 提供個案其他資源 ☐ 其他：_____
飲食計畫： _____ _____ _____ 營養教育及諮商： 1、_____ 2、_____ 3、_____	

營養師：_____