

一般項目:

1. **日付** : ニュートリション・デーの日付を、日/月/年の順に記入します。
2. **センター・コード** : コーディネート・センターから連絡された匿名コード (1~999) を記入してください。以前に取得したコードを引き続き使用できます。
3. **部門コード** (ユニットコード) : 研究委員会から連絡された匿名コード (1~9999) を記入してください。以前に取得したコードを引き続き使用できます。
4. **患者** : 患者のイニシャル (ローマ字にしたとき) の名の最初から2文字と姓の最初から2文字で記入してください。  
例.ピーター・スミス (Peter Smith) は、PE SM とします。
5. **患者番号** : 患者に番号をつけ、記録シート (患者リスト) に記入してください。後で (結果=アウトカム調査の際) 患者を識別するためです。同じ番号を該当するシート「3a 患者: 一般」「3b 患者: 当日」にも記入します。
6. **性別** : 患者の性別 (女性f、男性m) を記入してください。
7. **生年** : 1970 のように記入してください。
8. 当てはまる答えを選択して頂くか、その他の答えであれば、線の上に記載してください。
9. “はい” か “いいえ” で答えてください。
10. 当てはまるもの (正しいもの) を選んで答えてください (必要に応じて2つ以上に印を付けてもよい)。
11. 該当する答えに印を付けるか、最後の選択肢を選んでください。
12. 選択肢から1つ選んで、×印をつけてください。

シート 1 „Unit staff“

13. **稼働病床数** : 現在配置されている病床数を記入してください。
14. **部門の最大病床数** : 最大限に利用した場合の部門の病床数を記入してください。
15. **入院患者の多数を占めるグループ** : 下にあるコードを使用してください。その他の場合は点線上に内容を記入します。
16. **部門に勤務する職員**: NutritionDay の日に、あなたの課 (部署) で働いている全ての人数 (内科医、カウンセラー、看護師等全て含めて) を、記載してください。そして、その中で誰が、職業教育中で、誰が、職業教育終了済みかも、記載してください。給食サービスを兼務する場合をのぞき、清掃担当者は含みません。
17. **コメント** : 伝えたい追加情報や質問票の記入の際に困ったことを何でも記入してください。

The image shows a portion of the NutritionDay questionnaire. It includes fields for 'Date', 'Centre Code', and 'Unit Code'. The main section is titled 'Actual number of beds that are staffed' and 'Maximum number of beds in the unit'. Below this is a table for 'Main patient group admitted (please use code below)' with various medical specialties listed. The 'People working on your unit' section includes checkboxes for various roles like Physicians, Registrars, Nurses, etc. There are several yes/no questions regarding dedicated nutrition care, clinical nutrition teams, and screening procedures. A table asks 'Which screening tool do you use?' with options like 'National Risk Screening (NRS) 2002'. The bottom part of the form asks 'If the patient is at risk for malnutrition or malnourished - what do you do?' with a table for 'risk' and 'malnourished' and 'When do you weigh your patients?' with frequency options.

## シート 2 („Unit all patients“):

**対象となる患者** : 午前 7 時から午前 7 時まで、すなわち第 1 日の最初の看護シフトの開始から第 2 日の最初の看護シフトの開始まで、の期間に部門にいるすべての成人患者。この間の入退院患者もすべて含む。

18. **シート番号** : 入院患者数によっては、このシートが 2 枚以上必要です。ここに番号を記入してください。
19. **患者コード 1+2**: 患者コード 1 について、この質問用紙の記載に手助けが必要な患者 (=H)、その手助けが不要な患者 (=NA)、もしくはこの調査に参加することに同意されなかった患者(=C) を記載してください。コードはシートの下部に記載してあります。患者コード 2 について、末期的な病気の患者(=t)、末期的ではない病気の患者(=n) を、記載してください。
20. **体重/身長**: 体重 (kg) と身長(cm) を、記載してください。
21. **何種類の薬剤を経口投与していますか**: 患者が、飲むように指示されている薬(錠剤や液体)の種類の数、記載してください。
22. **入院してからの日数** : 患者がこれまでに院内で過ごした日数を記入してください。注意 : この期間の中に、nutritionDay の日も、含めてください。
23. **ICU 在室が**: その患者は、ICU にいましたか? YES か NO で答えてください。
24. **手術後の経過日数** : 手術から今までの日数を記入します。注意 : この期間の中に、nutritionDay の日も、含めてください。
25. **栄養治療コード (1、2、3、4.....特別治療食=乳糖除去食、無塩食など.....、糖尿病治療食をのぞく)** : 栄養治療コードはシートの下部に記載されているので、該当する番号を、記載してください。
26. シート 2 の下にある記号を使って、質問に答えてください。

## 患者シート 3a:

日時、患者番号、イニシャル、センターコード、部門コードは部門スタッフが記入してください。シートをコピーする前にセンターコード、部門コードなどを記入しておくとう便利です。

27. **5 年前の体重** : 以前の体重を kg で記入してください。わからなければ、飛ばして次に進んでください
28. **1 日に錠剤と水薬をどのくらい摂りますか (総数)** : 選択肢から 1 つ選んで、印をつけてください。10 滴や 15 滴などは関係なく、1 回の服用量を、1 個 と計算しています。

**Patient Sheet a** Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nutritionDay Patient's No: [ ] [ ] [ ] [ ] Center Code: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Unit Code: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Dear patient, we would like to ask you to fill this questionnaire today to improve our nutritional care in the unit. We would like to know what you eat, how you feel, how active you are and how many visits you get. Please tick  or fill in  **THANK YOU FOR HELPING!**

Patient's Initials<sup>12</sup> - First name: [ ] [ ] Last name: [ ] [ ] Year of birth<sup>13</sup>: [ ] [ ] [ ] [ ]

Gender (f/m)<sup>14</sup>: [ ] [ ] Your weight 5 years ago<sup>15</sup>: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] kg  I do not know

Have you lost weight unintentionally within the last three months?<sup>16</sup>  
 YES  NO  NO, I've gained weight  I do not know

If YES, how many kilos did your weight decrease?<sup>14</sup>  
 1-2 kg  4-5 kg  7-8 kg  10-11 kg  13-14 kg  14-15 kg  I am not sure  
 3-4 kg  6-7 kg  9-10 kg  12-13 kg  more than 15 kg

How well have you eaten during the last week?<sup>17</sup>  
 normal  a bit less than normal  less than half of normal  less than a quarter to nearly nothing

I ate less because:<sup>17</sup>  
 loss of appetite  nausea  problems with swallowing/chewing  others (please describe) \_\_\_\_\_

Can you walk without assistance?<sup>18</sup>  
 YES  NO, only with assistance  NO, I stay in bed

How many pills and liquid medications do you take each day (total number)?<sup>19</sup>  
 none  1-2  3-5  6-10  more than 10  I don't know

In general would you say your health is?<sup>20</sup>  
 excellent  very good  good  fair  poor

Did anyone help you to complete this questionnaire?<sup>20</sup>  
 YES  NO

© Hasenauer/Schleider (ESPRENAE Austria) 2010 Nutrition Day in Europe - a cross-sectional multinational audit



患者シート 3 b

日時、患者番号、イニシャル、センターコード、部門コードは部門スタッフが記入してください。シートをコピーする前にセンターコード、部門コードなどを記入しておくとお便利です。

- 29. 1 回の食事について、記載してください。：皿の絵は選択肢（「全部」「半分」「4 分の 1」「何も食べない」）を示しています。どれだけ食べたかを示す下のお皿の中から、どれか一つに印をしてください。
- 30. どの食事についての記録か、記載してください。
- 31. この食事中で、飲んだ飲み物の数（カップ数）を、記載してください。1 杯は約 200ml です。

部門の患者のリストと結果

結果（アウトカム）：アウトカムは nutritionDay の 30 日後に評価します。

- 32. 結果（アウトカム）の日付: アウトカムの日付を記入して下さい。 日/月/年（例 23/02/2010）
- 33. 名と姓、及び生年月日：患者のデータを記入するか、患者シールを利用します。
- 34. 病室番号（任意）：患者の病室番号を記入できます。
- 35. 退院日: 退院した日を、日/月/年（西暦）で記載してください。
- 36. 結果（アウトカム）：「結果」のコードはシートに記載されています。コードに該当する文字を記入してください。
- 37. コメント：伝えたい追加情報や質問票の記入の際に困ったことを何でも記入してください。

Firstname lastname date of birth SC patient sticker	Initials optional	Unit room No. appt	Sheet 1 No.	Sheet 2 patient No.	Date hospital discharge (dd/mm/yy)	Outcome hospital discharge A,B,C,D...	Resulted? Please tick YES or NO	Comments
Example Ma Mu	Ma Mu	5	1	1	17.02.09	B	YES NO	
			1	1			YES NO	
			1	2			YES NO	
			1	3			YES NO	

それぞれのシートの項目についている青字の番号は、ここに示した、1-37 の番号に一致していますので参照して下さい。

