

食欲チェックリスト

最近 1 か月間の食生活を思い出し、1 から 5 の当てはまる番号を 1 つ選び右下の枠内に記入してください。

A 食欲はありますか？

1. ほとんどない
2. あまりない
3. ふつう
4. ある
5. とてもある

E 若いころと比べて、食事の味はどうですか？

1. とてもまずい
2. まずい
3. ふつう
4. おいしい
5. とてもおいしい

B 食事を、どのくらい食べると満腹感を感じますか？

1. 数口で満足
2. 3分の1ほどで満腹
3. 半分ほどで満腹
4. ほとんど食べて満腹
5. 満腹になることはほとんどない

F 食事は 1 日何回食べますか？

1. 1 日 1 回未満
2. 1 日 1 回
3. 1 日 2 回
4. 1 日 3 回
5. 1 日 4 回以上

C 空腹感がありますか？

1. めったに感じない
2. たまに感じる
3. 時々感じる
4. よく感じる
5. いつも感じる

G 食事中に気分が悪くなったり、吐き気を感じることはありますか？

1. いつも感じる
2. よく感じる
3. 時々感じる
4. まれに感じる
5. まったく感じない

D 食事の味はいかがですか？

1. とてもまずい
2. まずい
3. ふつう
4. おいしい
5. とてもおいしい

H ふだん、どのような気持ちですか？

1. とても沈んでいる
2. 沈んでいる
3. 沈んでもなく、楽しくもない
4. 楽しい
5. とても楽しい

得点 ≤ 28

「6 ヶ月以内に少なくとも 5% の体重減少のリスクを示す」
管理栄養士による栄養相談をおすすめします。

合計 点

