

栄 養 サ マ リ ー

下記の(利用者・患者)様について栄養管理情報を提供します。
この情報については療養者本人もしくは家族の方の了解を得ています。

提供先管理栄養士への説明日

年 月 日

氏名	様		性別	生年月日	西暦	年	月	日	歳
身長	cm	体重	kg	BMI	#DIV/0! (/ 現在)	体重変化	□ なし □ あり(増加・減少)		
現病名	自動入力		既往歴						
併用の場合、 すべてにチェック	☐ 経口 ☐ 経腸 → ☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経静脈 → ☐ PPN ☐ TPN		商品名()・投与量(kcal/日)・投与時間() 回数(回/日)・追加水分(ml/日)・形状の理由()						
栄養	必要量	エネルギー	Kcal/標準体重kg	たんぱく質	g/標準体重kg	食塩	g	水分	ml
	摂取量 (栄養補助食品を含む)	エネルギー	Kcal/標準体重kg Kcal/現体重kg	たんぱく質	g/標準体重kg g/現体重kg	食塩	g	水分	ml
GLIM基準に ☐ 非対応 判定: ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養 (☐ 中程度低栄養 ☐ 重度低栄養) 該当項目・表現型 (☐ 体重減少、 ☐ 低BMI ☐ 筋肉量減少) 病因 (☐ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 ☐ 疾患負荷/炎症)									
全粥をミキサーしている場合、「全粥」と「ミキ」									
治療食 (施設での名称) ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ ()分粥 ☐ 重湯 主食量 (g) ☐ ゼリー状 ☐ ミキサー ☐ とろみ ☐ おにぎり (ケ) ☐ 水切り ☐ その他 ()									
嚥下調整食を提供している場合、記入 常菜 ☐ 軟菜 ☐ ひとくち大 ☐ きざみ(カットサイズ mm) ☐ ミキサー・ペースト状 ☐ ゼリー状 ☐ とろみ ☐ なし ☐ あり ※施設食形態一覧表(添付) ☐ あり ☐ なし									
栄養補助 ☐ なし ☐ あり (商品名や使用量などを記入)									
学会分類2021 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2-2 ☐ 2-1 ☐ 1j ☐ 0t ☐ 0j									
特記事項 (例:アレルギー、水分量、薬の相互作用など) 「水分摂取不足」や「水分制限〇〇ml」などの情報もここに記入									
食事回数 ()回/日 食事に要する時間: ☐ ~30分 ☐ 30分~ ☐ 1時間~ 介助方法 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 使用器具 ☐ 箸 ☐ フォーク ☐ 自助食器 ☐ 自助具 () 姿勢 ☐ 座位 ☐ 臥位 (度) むせ ☐ なし									
水分形態 増粘剤の使用 ☐ なし ☐ あり(使用食品名) (使用量) 形状 ☐ 段階1(薄い・ウスターソース状) ☐ 段階2(中間・ポタージュ状) ☐ 段階3(濃い・ハチミツ状) ☐ その他									
咀嚼・嚥下 ☐ 自歯 ☐ 義歯 (☐ 総義歯 ☐ 部分義歯) ☐ その他 () 見守り ☐ やや問題がある ☐ できない									
看護師や介護士がとろみをつけていて濃度がわからない場合などは、その旨を特記事項に記入									
身体状態 排便 ☐ 問題なし ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ なし ☐ あり () むし ☐ なし ☐ あり (部位) 麻痺 ☐ なし ☐ あり (☐ 右 ☐ 左)									
特記事項 (本人の嗜好や家族希望、食事内容の変更経過など) 食事内容の変更経過や申し送りたい事項などを記入									
記入年月日 西暦 年 月 日 ※必ずしも全ての内容を記入する必要はありません。 施設名 担当者 分かる範囲での記入をお願いします。 連絡先									