

栄養管理に関する情報提供書

患者氏名	生年月日	年	月	日	(歳)	
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日				

(太枠: 必須記入)

	栄養管理・栄養指導等の経過	※入院中の経過を記載して下さい。								
	栄養管理上の注意点と課題	※食事に要する時間、食事に影響する薬、ADL、食事上の注意点(肉はミンチ等)、問題点があれば記載して下さい。課題として今後どのような栄養管理が必要かを記載して下さい。								
栄養評価	評価日	年 月 日	過去(週間)の体重変化	<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 減少: (kg %)						
	身体計測	身長	cm 測定日(/)	体重	kg 測定日(/)	BMI	kg/m ²			
		下腿周囲長	cm・ <input type="checkbox"/> 不明		握力	kgf・ <input type="checkbox"/> 不明				
	身体所見	食欲低下	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 不明 ()		消化器症状	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・ <input type="checkbox"/> 不明				
		味覚障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 不明 ()		褥瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(部位等)・ <input type="checkbox"/> 不明				
		浮腫	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(胸水・腹水・下肢)・ <input type="checkbox"/> 不明			その他				
		嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		特記事項					
		咀嚼障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有							
	検査・その他	過去1か月以内Alb値	<input type="checkbox"/> 測定なし		その他					
			g/dl							
	1日栄養量	エネルギー	たんぱく質		食塩	水分	その他			
	必要栄養量	kcal	g		g	ml				
	摂取栄養量	kcal	g		g	ml				
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・ <input type="checkbox"/> 静脈			食事回数: 回/日(朝・昼・夕・その他)					
	退院時食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 一般食・ <input type="checkbox"/> 特別食()・ <input type="checkbox"/> その他()							
食事形態		主食種類	朝	<input type="checkbox"/> 米飯・ <input type="checkbox"/> 軟飯・ <input type="checkbox"/> 全粥・ <input type="checkbox"/> パン・その他()				量	g/食	
			昼	<input type="checkbox"/> 米飯・ <input type="checkbox"/> 軟飯・ <input type="checkbox"/> 全粥・ <input type="checkbox"/> パン・その他()					g/食	
			夕	<input type="checkbox"/> 米飯・ <input type="checkbox"/> 軟飯・ <input type="checkbox"/> 全粥・ <input type="checkbox"/> パン・その他()					g/食	
副食形態		常菜・軟菜・その他() *自由記載: 例 ペースト								
嚥下調整食		<input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 必要		コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4						
とろみ調整食品の使用		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	種類(製品名)	使用量(gまたは包)		とろみの濃度				
							薄い / 中間 / 濃い			
その他影響する問題点		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()								
禁止食品		食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 乳・乳製品・ <input type="checkbox"/> 卵・ <input type="checkbox"/> 小麦・ <input type="checkbox"/> そば・ <input type="checkbox"/> 落花生・ <input type="checkbox"/> えび・ <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> 青魚・ <input type="checkbox"/> 大豆・ <input type="checkbox"/> その他 詳細())							
	禁止食品	(治療、服薬、宗教上などによる事項)								
栄養補助食品	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有									
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質(アミノ酸)	脂質	炭水化物(糖質)	食塩	水分	その他	
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml		
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml		
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml		
		経口飲水						ml		
		合計	kcal	g	g	g	g	ml		
		現体重当たり	kcal/kg	g/kg				ml		
経腸栄養詳細	種類	朝:		昼:		夕:				
	量	朝: ml		昼: ml		夕: ml				
	投与経路	<input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> 腸瘻・ <input type="checkbox"/> その他()								
	投与速度	朝: ml/h		昼: ml/h		夕: ml/h				
	追加水分	朝: ml		昼: ml		夕: ml				
静脈栄養詳細	種類・量									
	投与経路	<input type="checkbox"/> 末梢・ <input type="checkbox"/> 中心静脈()								
情報提供先										

※ご不明な点等ございましたら、下記までご連絡ください。

施設名: _____ 担当者名: _____ TEL: _____