







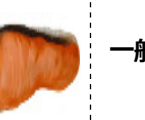

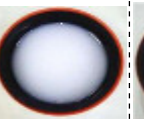
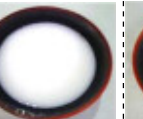
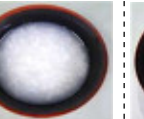



栄養管理情報提供書

作成日 年 月 日

施設名 _____ 様

栄養管理ご担当者 様

氏名	ふりがな 様	男女 様	測定日	年 月 日	身長	cm
			体重	kg	BMI	kg/m ²
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	歳	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	咀嚼障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻） <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻） <input type="checkbox"/> 経管栄養（腸瘻） <input type="checkbox"/> 静脈栄養									
治療食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）									
必要栄養量	エネルギー/	kcal	たんぱく質/	g	食塩/	g	水分/	ml		
提供栄養量	エネルギー/	kcal	たんぱく質/	g	食塩/	g	水分/	ml		
提供内容	副食	<input type="checkbox"/> コード0j	<input type="checkbox"/> コード0t	<input type="checkbox"/> コード1j	<input type="checkbox"/> コード2-1	<input type="checkbox"/> コード2-2	<input type="checkbox"/> コード3	<input type="checkbox"/> コード4	<input type="checkbox"/> コード外	
									一般常食	
	主食	<input type="checkbox"/> ゼリー粥	<input type="checkbox"/> 重湯	<input type="checkbox"/> ミキサー粥	<input type="checkbox"/> 5分粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 米飯		
										
	とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ ）								
	補助食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）								
経管栄養	濃厚流動食品名		朝/	ml	昼/	ml	夕/	ml	眠前/	ml
	追加水		朝/	ml	昼/	ml	夕/	ml	眠前/	ml
摂取量	<input type="checkbox"/> 完食 <input type="checkbox"/> 2/3程度 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 1/3程度 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取なし									

食事に関する問題点

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	嗜好	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
禁止食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	自助食器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
嚥下・摂食機能等	食への意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
	摂取姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 端坐位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ	
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	飲食中のムセ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻回	
	口腔内の残留	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 多量	
その他			

入院中の経過および連絡内容について

引き続き、ご加療の程、よろしくお願いいたします。

問い合わせ先

施設名: _____ 管理栄養士

TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____