

氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)			
身長	cm <input type="checkbox"/> 測定不能								
体重	kg ( _____ 年 _____ 月測定)			BMI	kg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 算出不能				
体重変化	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> ( _____ ) 週間・か月前から ( _____ ) kg 増加・減少								
病名等									
GLIM基準による評価	<input type="checkbox"/> 非対応 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 ( <input type="checkbox"/> 中等度低栄養 <input type="checkbox"/> 重度低栄養 ) 該当項目: 表現型 ( <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量 ) 病因 ( <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症 )								
アルブミン値	g/dl ( _____ 年 _____ 月測定) <input type="checkbox"/> 別途資料あり <input type="checkbox"/> 検査記録なし								
<b>栄養補給に関する事項</b>									
必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	算出方法:				
提供(指示)食事内容※1	食種 _____ 食 ※1 食事せん規約より転記								
	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	その他				
摂取率	主食	%	副食	%					
摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	水分	ml			
経口栄養	主食	朝	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( _____ ) 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 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"/> ( _____ ) 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						g/食
		夕	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( _____ ) 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						g/食
	副食	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み(サイズ: _____) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )						
	とろみ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い / <input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ) ※2							
	飲物とろみ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い ) ※2 ※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」							
経管栄養	補助食品	<input type="checkbox"/> 無 商品名(容量)・提供時・1回あたりの提供量等							
	禁止食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物アレルギーによる禁止有 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 治療による禁止有 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 嗜好による禁止有 ( _____ )							
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経鼻 商品名・投与時・投与速度・1回あたりの投与量・水分量等 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻							
静脈栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心 【製品(量)等】 ( _____ ) ml × _____ 本/日 <input type="checkbox"/> 別途資料あり								
<b>食事に関する留意事項</b>									
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 姿勢保持不良 <input type="checkbox"/> 食事への注意散漫 <input type="checkbox"/> 食事時の傾眠 <input type="checkbox"/> 食物の溜め込み <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 口腔内残渣 <input type="checkbox"/> 要介助(詳細: _____) <input type="checkbox"/> 自歯・義歯関連(詳細: _____) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )									
入院(所)中の栄養管理に係る経過・栄養指導(栄養食事相談)の内容等									

問合せ先

医療機関・介護保険施設の名称

担当管理栄養士氏名

電話番号

FAX

メールアドレス