

# 栄養管理情報提供書

栄養指導実施日

所属名 \_\_\_\_\_  
 担当者 \_\_\_\_\_ 様

所属名 サンライズファミリークリニック  
 担当栄養士 \_\_\_\_\_  
 連絡先 046-876-8811

下記の患者様について、栄養管理情報を  
 連絡いたします。よろしくお願ひします。

施設名:

氏名	ふりがな		様	<input type="checkbox"/> 男	測定日 平成 年 月							
				<input type="checkbox"/> 女	身長 cm 体重 kg							
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和			BMI #DIV/0!	IBW 0.0 kg							
介護度	非該当・1・2・3・4・5・未判定			認知症	なし・あり ( )							
褥瘡	なし・あり ( 部位: )			浮腫	なし・あり ( 部位: )							
歯の状態	残歯あり ( )・義歯なし・義歯あり ( ) 歯科介入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり											
栄養量	摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	脂質 g								
		水分 g	水分摂取量 ml									
必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	脂質 g									
	水分 g	水分量 ml										
算出方法	HB式・IBW	備考欄	×25にて算出 ×30にて算出									
体重減少率	月	kg	月	kg	月	kg	月	kg	月	kg	月	kg
	1ヶ月	#DIV/0!	%	3ヶ月	#DIV/0!	%	6ヶ月	#DIV/0!	%			
食事摂取状況	摂取量	主食 割 副食 割 備考 ( )										
	補給栄養 (補食含む)	製品名 ( ) 摂取量 ( ) kcal										
		製品名 ( ) 摂取量 ( ) kcal										
栄養ルート	経口 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 静脈 ( )					自立度 <input type="checkbox"/> 自己摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> ペースト粥 <input type="checkbox"/> (全・7・5・3)分粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯 備考 <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> カット ( ) <input type="checkbox"/> 一般										
	水分 (増粘剤)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )										
嚥下コード	医師の指示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <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 )											
留意事項	<input type="checkbox"/> 個別対応 ( )											
	<input type="checkbox"/> 嗜好 ( )											
指導受講者	■本人 <input type="checkbox"/> その他 ( 施設職員 )					調理担当者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 宅配 ■施設職員						
	<input type="checkbox"/> BMI 18.5未満 <input type="checkbox"/> BMI 25以上 ■血液検査特記事項											
備考											GLIM criteria ( 無・1・2 )	
現時点の栄養評価	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 栄養改善傾向 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化傾向 ( ) 低栄養リスク ( )											
栄養状態に関するリスク項目及び継続が必要なプラン	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 肝疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 腎疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	<input type="checkbox"/> 経口摂取不能 <input type="checkbox"/> 食欲低下 (75% ↓ 50% ↓) <input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> むせ、誤嚥性肺炎の既往 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 麻痺 ( 右・左 ) <input type="checkbox"/> 著しい体重減少 <input type="checkbox"/> 食べこぼし ( 多・少 ) ■在宅支援 ( 献立・調理 ( 栄養評価 ) ) <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品との相互作用 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
特記事項												