

栄養管理情報提供書

栄養指導実施日

所 属 名

担 当 者

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:

所 属 名

担当栄養士

連 絡 先

氏 名	ふりがな	様	測定日	年	月	
生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☒ 昭和		身長	cm	体重	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 ☐ なし ☐ 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
		塩分 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
		塩分 g		水分量 ml		
算出方法	HB式 <u>IBW</u>	備考欄	× 25にて算出			
体重減少率	月	kg	月	kg	月	kg
	1ヶ月	#DIV/0! %		3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
	摂食時間	☐ 遅い ☐ 普通 ☐ 早い	持ち手	☐ 右 ☐ 左	特別器具使用	☐ 無 ☐ 介護食器 ☐ その他自具 ()
栄養ルート	☐ 経口 ☐ 経腸 ☐ 経鼻 ☐ 静脈 ()			自立度	☐ 自己摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
食事形態	主食	☐ 重湯 ☐ ペースト粥 ☐ (全・7・5・3)分粥 ☐ 軟飯 ☐ 米飯				
	副食	☐ 流動 ☐ ミキサー ☐ カット () ☐ 一般				
	水分 (増粘剤)	☐ 不要 ☐ 必要 ()				
嚥下コード	医師の指示 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 0J ☐ OT ☐ 1J ☐ 2-1 ☐ 2-2 ☐ 3 ☐ 4)					
留意事項	☐ 個別対応 ()					
	☐ 嗜好 ()					
	☐ 服薬による禁忌 ()					
	☐ 居室での間食 なし ・ あり ()					
指導受講者	■本人 ■その他 (施設職員)			調理担当者	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 家族 ☐ ヘルパー ☐ 宅配 ■施設職員	
身体状況	☐ BMI 18.5未満 ☐ 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		■初回 ☐ 栄養改善傾向 ☐ 変化なし ☐ 悪化傾向 () 低栄養リスク (中)				
栄養状態に関する リスク項目及び継続が必要なプラン	☐ 褥瘡 ☐ COPD ☐ 肝疾患 () ☐ 心疾患 () ☐ 腎疾患 ()					
	☐ 糖尿病 ☐ 低栄養 ☐ その他 ()					
	☐ 経口摂取不能		☐ 食欲低下 (75% ↓ 50% ↓)		☐ 食物認識障害	
	☐ 咀嚼困難		☐ 嚥下障害		☐ 開口困難	
	☐ むせ、誤嚥性肺炎の既往		☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 便秘		☐ 麻痺 (右 ・ 左)	
☐ 著しい体重減少		☐ 食べこぼし (多・少)		■在宅支援 (献立・調理 <u>栄養評価</u>)		
■医薬品との相互作用		☐ その他 ()				
特記事項						