

栄養情報提供書

施設名

作成日： 年 月 日

栄養管理ご担当者 様

ふりがな		性別	身長	cm	既往 病名	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	体重	kg		
生年月日	年 月 日	歳	測定日	年 月 日		
			検査値	<input type="checkbox"/> Alb(g/dl) <input type="checkbox"/> Hb(g/dl)【測定日: 】 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> データ添付あり		

【経口栄養】

食種名	提供栄養量 (1日当たり)	エネルギー Kcal	たんぱく質 g	水分 ml	食塩 g		
フリー記入 【主食】 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 粥ゼリー <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> その他 ()					1食あたり (g)		
【副食】 <input type="checkbox"/> 普通形態 <input type="checkbox"/> 一口大 (cm) <input type="checkbox"/> あら刻み (cm) <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (学会分類J-T` <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) 副食とろみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					 <small>やまきた嚥下食マップ掲載ページ</small>		
水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間とろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ) <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 不明						
補助食品	有無	付加区分	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> ()	付加栄養量 Kcal/日		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	商品名					
摂取量	直近1週間平均	【主食】	割	【副食】	割	【補助食品】	割
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 ()						
禁止食品等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明	嗜好	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
自助具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 食器 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 ()						
摂取姿勢	<input type="checkbox"/> ベッド上 (角度 度) <input type="checkbox"/> 座位 (<input type="checkbox"/> いす <input type="checkbox"/> 車いす) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明						
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 <input type="checkbox"/> 不明						

【経管栄養】

栄養ルート	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()			注入回数・加水量		
投与栄養量 (1日当たり)	エネルギー	たんぱく質	水分	<input type="checkbox"/> 朝 (Kcal)+ 水 (ml)		
	Kcal	g	ml	<input type="checkbox"/> 昼 (Kcal)+ 水 (ml)		
経腸栄養剤	商品名			<input type="checkbox"/> 夕 (Kcal)+ 水 (ml)		
				<input type="checkbox"/> 眠前 (Kcal)+ 水 (ml)		

【特記事項】 ※経過、個別対応、その他特記すべき詳細情報

◆この様式全般の記入に関しては、可能な範囲で行い、不明の部分は空欄としてよい（又は不明をチェック）

【記載者】

施設名：

TEL/FAX：

管理栄養士：