

栄養情報提供書

(送付先施設名)

記入日 年 月 日

管理栄養士

所属名

連絡先 TEL:

E-mail @

氏名	ふりがな ID	様	<input type="checkbox"/> 男	要介護度
			<input type="checkbox"/> 女	主病名・既往歴
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (歳)			

身長	cm (年 月)	歯の状態	<input type="checkbox"/> 天然歯
体重	kg (年 月)		<input type="checkbox"/> 義歯 総 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 / 部分 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)
BMI	kg/m ²	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

治療上の食事制限 (提供食事内容)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食塩 タンパク質 脂質)	経腸栄養 輸液	<input checked="" type="checkbox"/> × P <input checked="" type="checkbox"/> × P
----------------------	--	------------	--

提供栄養量 ※ 栄養補助食品を使用している場合、栄養量に含んで計算しています。	エネルギー kcal	主食	割	<栄養補助食品の使用> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	たんぱく質 g	副食	割	
	脂質 g	摂	割	
	塩分 g	取	割	
		〈推定摂取量〉		
		エネルギー kcal		<input checked="" type="checkbox"/> ×
		たんぱく質 g		<input checked="" type="checkbox"/> ×

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
禁忌食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 [4] <input type="checkbox"/> 全粥 [4] <input type="checkbox"/> 全粥ゼリー [3] <input type="checkbox"/> (七・五・三) 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥ゼリー [2] <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 主食なし
	副食	<量> g <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一口大 (2-3cm幅にカットした形態)) <input type="checkbox"/> きざみ [4] (1cm角にきざんだ形態で、歯茎で押しつぶせる硬さ)) <input type="checkbox"/> 極きざみ [4] (0.5cm角にきざんだ形態で、歯茎で押しつぶせる硬さ)) <input type="checkbox"/> ソフト食 [3] (ミキサーで攪拌した後、ゲル化剤を使用し、ゼリー化した食事形態で舌で押しつぶせる硬さ程度のもの)) <input type="checkbox"/> 刻みとろみ[3] (0.5mm角以下に刻んだ形態に、ポタージュ状の粘度をつけた形態。またはミキサーで攪拌するもやや不均一なものに粘度をつけたもの)) <input type="checkbox"/> 極きざみとろみ [2-2] (適度にダシ汁を加えてミキサーで均一に攪拌した後、とろみ剤を加えてポタージュ状の粘度を付けた形態かゼリー化してあっても噛まなくて飲み込み可能なもの)) <input type="checkbox"/> ベースト食(不均一) [2-2] <input type="checkbox"/> ベースト食 [2-1]
	[学会分類 2013 コード]	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に形態を記載) () <input type="checkbox"/> 量 > <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 1/2量 <input type="checkbox"/> 1/4量 <input type="checkbox"/> とろみ > <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 使用食器 <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロウ <input type="checkbox"/> 吸い飲み <とろみ> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> 段階1 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 段階2 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 段階3 濃いとろみ)

汁物・水分 [学会分類 2013 (とろみ)]	<使用食器> <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロウ <input type="checkbox"/> 吸い飲み <とろみ> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> 段階1 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 段階2 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 段階3 濃いとろみ) 特記事項 ()
----------------------------	--

食事に関する問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし (<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少) <input type="checkbox"/> 口腔内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 麻痺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------	---

食事介助の必要性	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明
----------	--

使用食器・器具の種類	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具 () <input type="checkbox"/> その他 ()
------------	--

《 申し送り記載欄 》

① 栄養管理、栄養補給方法根拠(栄養量計算、輸液も含む)
 例) なぜその栄養補給方法となったのか

② 栄養管理介入経緯、経過

③ 栄養管理に当たっての注意点、課題など