

栄養情報提供書【記入例】

施設名

作成日：R5 年 3月 15日

〇〇介護施設 栄養管理ご担当者様

ふりがな	〇〇〇〇 □□□	性別	身長	150 cm	① 既往病名 <input checked="" 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		〇〇 □□ 様	体重	
生年月日	S15 年 3月 10日	82 歳	測定日	R5年3月9日	
			②検査値	<input checked="" type="checkbox"/> Alb(2.8 g/dl) <input checked="" type="checkbox"/> Hb(8.8 g/dl) 【測定日：R5.2.28】 <input checked="" type="checkbox"/> 他 (HbA1c 7.8) <input type="checkbox"/> データ添付あり	

【経口栄養】

③ 食種名	④ 提供栄養量 (1日当たり)	エネルギー	たんぱく質	水分	食塩
糖1200A食 (糖尿病+高血圧食)	(1日当たり)	1200 Kcal	50 g	1500 ml	5.9 g
食事形態	⑤ 【主食】	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input checked="" 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 (200 g)
	⑥ 【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 checked="" type="checkbox"/> 嚥下調整食 (学会分類) <input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			副食とろみ <input checked="" 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>	コード1 j	コード2-1	コード2-2	コード3	コード4
	 <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">← 例示用の写真を掲載しています →</p>				
⑦水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input checked="" 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				
⑧補助食品	有無	付加区分	<input type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input checked="" type="checkbox"/> (15時)		付加栄養量
	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	商品名	△イ〇□ンスミニ		ア〇△□ル100
⑨摂取量	直近1週間平均	【主食】	7 割	【副食】	7 割
⑩アレルギー	<input checked="" 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 ()				
⑪禁止食品等	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (さつま芋) <input type="checkbox"/> 不明		⑫嗜好	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (甘い物)	
⑬自助具	<input checked="" 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 ()				
⑭摂取姿勢	<input type="checkbox"/> ベッド上 (角度 度) <input checked="" type="checkbox"/> 座位 (<input checked="" type="checkbox"/> いす <input type="checkbox"/> 車いす) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明				
⑮摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不明				

⑯【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)	

⑰【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)

⑱【記載者】

施設名： △△病院 TEL/FAX： 0774-21-〇〇〇〇 管理栄養士：□□ 〇〇