

栄養情報提供書

重要：取り扱い注意

移動先の病院・施設名

栄養士 様

記入日 年 月 日

作成者	施設名	
	氏名 <small>(管理栄養士・栄養士名)</small>	
	連絡先 <small>(電話・FAX)</small>	

下記(患者・入所者)様の栄養管理情報を提供します。ご不明な点は、作成者にお問い合わせください。

ふりがな		性別	年齢	主たる疾患・既往病名
氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他()
生年月日	T S H 年 月 日			

【身体情報】

身長	cm	測定日： 年 月 日	測定日： 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 2週間以上測定なし	<input type="checkbox"/> Alb g/dl <input type="checkbox"/> 20日以内のAlbデータなし
体重	kg	測定日： 年 月 日	他必要データ()
		<input type="checkbox"/> 2週間以上測定なし	食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

【経口栄養】

食種名	エネルギー	たんぱく質	他栄養素の制限
	Kcal	g	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り()
直近1週間食思	主食	割	副食
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他() 1食あたり(g)	
		学会分類2021: <input type="checkbox"/> Oj <input type="checkbox"/> Ot <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	副食	<input type="checkbox"/> 加工なし <input type="checkbox"/> きざみ(サイズ ・2~3cm角 ・1~1.5cm角 ・0.5cm角) <input type="checkbox"/> ペースト(ミキサー) <input type="checkbox"/> その他()	
		学会分類2021: <input type="checkbox"/> Oj <input type="checkbox"/> Ot <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
水分形態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> うすいとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 不明		
栄養補助食品	有無	商品名	付加栄養量
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		付加区分
			<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
自助具	食器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		自助具 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク

【経管栄養】※栄養科で把握できる範囲で可

経管栄養	栄養ルート	<input type="checkbox"/> 経鼻胃 <input type="checkbox"/> 経鼻十二指腸 <input type="checkbox"/> 食道瘻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	注入回数	<input type="checkbox"/> 朝(Kcal) <input type="checkbox"/> 昼(Kcal) <input type="checkbox"/> 夕(Kcal)
	注入種	メーカー: 名称:	加水量	<input type="checkbox"/> フラッシュ程度(100ml/D) <input type="checkbox"/> ml * 2回・3回 <input type="checkbox"/> ボラス ml * ()回
	栄養量/D	エネルギー たんぱく質 水分 Kcal g ml	注入速度	<input type="checkbox"/> 注入ポンプ ()ml/Hr <input type="checkbox"/> 自然滴下

【他栄養・食事に関する事項】 (経過・嗜好・薬剤禁忌・個人オーダー等)