





# 栄養ケア情報提供書

作成日	
施設名	
職 種	
作成者氏名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

施設名 【 \_\_\_\_\_ 】 栄養管理担当者様

基本情報 & 身体状況	ふりがな					
	氏 名					
	性 別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
	生年月日		<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 歳
	診断病名					
	身 長		身長: _____ cm			
			<input type="checkbox"/> 自称	<input type="checkbox"/> 推定	<input type="checkbox"/> 測定	年 月 日
	体 重	入院 (所) 時	体重: _____ kg			
		6か 月前	体重: _____ kg			
		3か 月前	体重: _____ kg			
退院 (所) 時		体重: _____ kg				
褥 瘡		<input type="checkbox"/> 無	【 有りの場合は部位 】			
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 仙骨	<input type="checkbox"/> 背部	<input type="checkbox"/> 腸骨 <input type="checkbox"/> 臀部	
			<input type="checkbox"/> 踵	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

食事内容	食種名 例) 糖尿病食				
	形態名 例) 常食、きざみ食				
	栄養提供方法  <input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
		商品名			
		投与回数	ml ×                      回		
		投与時刻	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕		
			<input type="checkbox"/> その他 (                      )		
		白湯量	ml/日		
		投与速度	ml/時間		
	<input type="checkbox"/>	末梢静脈栄養			
	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養			
	提供栄養量 (1日)	エネルギー	kcal	たんぱく質	g
		脂質	g	食塩相当量	g
		その他			
	摂食率	主食 ( 平均 :                      割 )   副食 ( 平均 :                      割 ) 水分摂取 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良			
主食 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 米飯 (                      )		<input type="checkbox"/> 軟飯 (                      )		
	<input type="checkbox"/> 全粥		<input type="checkbox"/> (                      ) 分粥		
	<input type="checkbox"/> ミキサー粥		<input type="checkbox"/> 重湯		
	<input type="checkbox"/> パン (                      )		<input type="checkbox"/> パン粥		
	<input type="checkbox"/> その他 (                      )				
主食の とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー )				
副食 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 軟菜		
	<input type="checkbox"/> ソフト		<input type="checkbox"/> ミキサー		
キザミ	<input type="checkbox"/> 有りの場合		<input type="checkbox"/> 1mm <input type="checkbox"/> 5mm <input type="checkbox"/> 1cm <input type="checkbox"/> 2cm <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
	<input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 有 (                      )		
補助食品 の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有 (                      ) <input type="checkbox"/> 有りの場合 : 提供栄養量に ( <input type="checkbox"/> 含む <input type="checkbox"/> 含まない )				

食事内容	水分制限	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限あり ( ) ml/日	
		制限ありの場合 : ( <input type="checkbox"/> 飲水のみ <input type="checkbox"/> 食事含む )		
	水分の とろみの 必要性と とろみの 状況	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要	
		<input type="checkbox"/> 薄いとろみ	<input type="checkbox"/> 中間のとろみ	<input type="checkbox"/> 濃いとろみ
				
すつと流れ落ちる		とろとろ流れる	流れにくい	
<input type="checkbox"/> ゼリー				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 食品名 : )	<input type="checkbox"/> 未把握	
禁止食品	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 食品名 : )		
食嗜好	好きな食べ物			
	嫌いな食べ物			
歯の状況	食事時の歯の状況	<input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 義歯 ( <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 )	
		<input type="checkbox"/> 義歯無し		
嚥下状況	嚥下 (飲み込み)	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 不良	
	食形態レベル	<input type="checkbox"/> レベル0 (嚥下訓練ゼリー)		
		<input type="checkbox"/> レベル1 (ゼリー食)		
<input type="checkbox"/> レベル2 (なめらか食:ピューレ、ペースト、ミキサー)				
	<input type="checkbox"/> レベル3 (つぶせる食:ソフト、きざみあんかけ)			
	<input type="checkbox"/> レベル4 (やわらか食:きざみ、軟菜)			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			

日常生活	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		
	食事環境	<input type="checkbox"/> 椅子	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ベット上
		<input type="checkbox"/> リクライニング車いす		
	自助具の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )	
	食事づくり担当者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 ( )	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
伝達事項	本人 家族 の希望			
	管理栄養士 栄養士			
	その他 関係者 ( )			
特記事項				
情報提供に関する同意	入院(所)中の栄養ケア情報を提供することについて、同意を得ている。			
	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ