

食	養 提 供 方 法	食種名 <small>例)糖尿病食</small>					
		形態名 <small>例)常食、きざみ食</small>					
		<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							
事	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以下	
		その他					
内	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					
容	主食 <small>(複数回答可)</small>	<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 (有の場合 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー)					
副食 <small>(複数回答可)</small>	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						
キザミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <small>[有の場合]</small> <input type="checkbox"/> 1mm <input type="checkbox"/> 5mm <input type="checkbox"/> 1cm <input type="checkbox"/> 2cm <input type="checkbox"/> その他 ()						
補助 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
有りの場合 : 提供栄養量に (<input type="checkbox"/> 含む <input type="checkbox"/> 含まない)							

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 ()		
	食事づくりの担当者	<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				
	関係者その他 ()				
特記事項					
情報提供に関する同意	※ 血液検査値等 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				