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	3 []	栄養管理	里担当者村	羕	
	ふり	がな									
	氏	名									
基	性	別			男	l 7				女	
本	生年	月日	大正	昭和	和			年 月		日	
	診断	病名									
情	<u> </u>	_	身長:					cm			
報	身	長	自称	推定		測定		年	月		日
		入院	体重:					kg			
&		(所) 時	自称	推定		測定		年	月		日
身	体	6 か	体重:					kg			
_,		月前	自称	推定		測定		年	月		B
体		3 か	体重:					kg			
状	重	月前	自称	推定		測定		年	月		日
170		退院	体重:					kg			
況		(所) 時	自称	推定		測定		年	月		日
	褥	瘡	無有のの		仙骨		背部	□ 腸	骨	臀部	
	竹	7启	有合		踵		その他	()

NO.2

		食種名 例)糖尿病食								
	栄	形態名 例)常食、きざみ食								
	木		□ 鼻腔	□ 胃ろう □ その他()					
	養		商品名							
	提		投与回数	ml ×	□					
	7.Æ	□ 経管 ·	投与時刻	朝 □ 昼	<u></u> 9					
	供)					
食	方		白湯量		ml/日					
			投与速度		ml/時間					
	法	末梢静脈栄養								
		中心静	脈栄養							
事	提供	エネルギー		kcal たんぱく質	g					
	栄養量	脂質		g 食塩相当量	g以下					
	(1日)	その他								
	摂食率	主食 (平均	:	割)副食(平均:	割)					
		水分摂取	良好	不良						
内		□ 米飯()	軟飯 () □	全粥					
	主食)分粥 [□ ミキサー粥 □ 重湯	i					
		□ パン() [□ パン粥						
容		□ その他()					
, LI	主食の とろみ									
	副食	普通	軟菜	□ ソフト □ ミキサー [ゼリー					
	(複数回答可)	□ その他()					
	キザミ	 	有 [有の 場合]	1mm 5mm 1cm 2cm	その他()					
	の補	 	有()					
	の 有 無 品	有りの場合	: 提供栄養	量に (含む 含まない	\)					

NO.3

	水分	制限なし 制限あり() ml/日
	制 限	制限ありの場合 :(飲水のみ 食事含む
食	水分の	一 不要
事	とろみの	薄いとろみ 中間のとろみ 濃いとろみ ゼリー
	の必要性と	
内	٦	すっと 流れ落ちる とろとろ流れる 流れにくい
	食物 アレルギー	無 有(食品名:) 未把握
容	禁止 食品	無 有 (食品名:
	食嗜好	好きな 食べ物
	好	嫌いな 食べ物
	事時の の状況	自歯 義歯 御総義歯 部分義歯 議歯無し
	嚥下 (飲み込み)	良の一一の一一の一
嚥	*	□ レベルO(嚥下訓練ゼリー)
下	食 事	□ レベル1(ゼリー食)
	形能	□ レベル2(なめらか食:ピューレ、ペースト、ミキサー)
状	態レ	レベル3(つぶせる食:ソフト、きざみあんかけ)
況	ベル	□ レベル4(やわらか食:きざみ、軟菜)
	<i>,,</i> ,	□ その他 ()

NO.4

日	食事介助 の必要性		自立		見守り		一部介助(()	全:	介助
常	食事環境		椅子		車いす		ベット上		リクライニ	ング車いる	;	
	自助具 の使用		無		有	()
生	食事づくり		本人		家族	()
活	単当者 り		その他	()
	本人家族											
伝												
達	管 栄理 養栄 士養											
事	士											
項	関そ係の者他											
	()											
	特											
	記											
	事											
	項											
ж ф	□液検査値等											
· 信息	 報提供に	入院(所)中の栄	きをプログラス	青報を提	供する	ことについて	て、同意	を得てい	る。		
関	がためにする同意			はい			いい	え				