

栄養管理情報提供書

紹介先

年 月 日

担当管理栄養士 様

施設情報

管理栄養士

ID番号

患者 (カナ)

生年月日

氏名

様 性別

※食物アレルギー: なし あり ()

嗜好による対応はしていません

施設での対応により変更

経口摂取

食事内容: (食)

提供量: 副食半量

主食: 朝 (単位)

昼 (単位)

夕 (単位)

※粥の状態

副食: 普通

一口大 (大)

きざみ (み)

ペーストと

ゼリー状

施設の主食・副食へ変更

提供栄養量: ※栄養補助食品の栄養量は含まない

エネルギー () kcal

たんぱく質 () g

脂質 () g

塩分 () g

備考 ()

カリウム等制限がある場合

食事摂取量: 主食 () 割 副食 () 割 ばらつきあり

栄養補助食品: なし あり ()

種類

備考: ()

経管流動

内容: 成分栄養剤 ()

消化態栄養剤 ()

半消化態栄養剤 ()

半固形栄養剤 ()

種類

エネルギー () kcal

備考: ()

絶食 ()

絶食期間