

栄養管理情報提供書

取扱注意

紹介先
担当医師、管理栄養士 様

問い合わせ先

記入日 2024/6/26

施設名		所属	栄養管理室
担当管理栄養士		電話番号	
住所		FAX	

左記管理栄養士への説明日、本人への説明 2024/6/26

【1 基本情報】

フリガナ		患者番号	
氏名	様	性別	
生年月日		入院日	

身長・入院時体重・現体重を入力

【2 身体状況】

身長 (/)	cm	入院時体重	0 kg	入院時BMI	#####	義歯の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
標準体重	0.0 kg	体重 (/)	0 kg	BMI (/)	#####		
体重変化	変化なし・過去 () 週間・ヶ月 /増加・減少			変化量	0 kg		

栄養状態の評価と課題
(傷病名を含む)

【GLIM基準による評価 非対応 判定 低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)
 該当項目: 表現型 (体重減少 低BMI 筋肉量減少)
 病因 (摂取量減少/消化吸収機能低下 疾病負荷/炎症)

【3 栄養補給に関する事項】

必要栄養量	エネルギー: kcal	たんぱく質: g
摂取栄養量	エネルギー: kcal	たんぱく質: g
経口摂取	食事内容 (治療食、補助食品など) <input type="checkbox"/> 副食半量 <input type="checkbox"/> 一般食 () <input type="checkbox"/> 特別食 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無	
	栄養補助食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 補助食品の内容を記載)
食事摂取状況	主食 (割) 副食 (割) 補助食品 (割)	
食事形態	朝	単位 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ()
	昼	単位 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ()
	夕	単位 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ()
	粥の状態	<input type="checkbox"/> とろみ付き <input type="checkbox"/> ペーストとろみ 学会分類コード <input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
副食	形態	<input type="checkbox"/> 形 <input type="checkbox"/> 一口大 (約2.5cm大) <input type="checkbox"/> 一口大とろみ (一口大+とろみ液かけ) <input type="checkbox"/> きざみ (約2mmみじん切り状) <input type="checkbox"/> きざみとろみ (きざみ+とろみ液混ぜ) <input type="checkbox"/> ペーストとろみ (ヨーグルト状) <input type="checkbox"/> 固めペースト (マヨネーズ状) <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> その他 ()
	学会分類	<input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	塩分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	水分とろみの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 学会分類コード <input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間とろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ
	留意事項 (食物アレルギー、その他禁止食品等) 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食物アレルギーの内容を記載) カリウムなど制限がある場合に記載	
経管栄養	経路 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 () 留意事項 (製品名、投与速度など) 種類 投与量 kcal	
静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心 留意事項 (製品名、投与速度など)	

左記以外の主食であれば内容を記載 (例)パン粥など

食物アレルギーの内容を記載

【5 入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等】

--