**栄養管理情報提供書**

**作成日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**施設名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**様**

栄養管理ご担当者　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | ふりがな  **様** | **男**  **女** |  | **測定日** | **年 月 日** | **身　長** | .　　　**㎝** |
|  | **体　重** | .　　　**㎏** | **ＢＭＩ** | .　　　**㎏/㎡** |
| **生年月日** | **T・S・H・R　　 　年　　月　　日** | **歳** |  | **嚥下障害** | **□ なし　　　□ あり** | **咀嚼障害** | **□ なし 　 □ あり** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **栄養補給法** | **□ 経口栄養　　□　経管栄養（経鼻）　□　経管栄養（胃瘻）　□　経管栄養（腸瘻）　□　静脈栄養** | | | | | | | | | | | | |
| **治療食** | **□ なし** | | **□ あり（　　　　　　　　　　　　　 　）** | | | | | | | | | | |
| **必要栄養量** | **エネルギー/ kcal** | | | | **たんぱく質/　 ｇ** | | | **食塩/　　　　　　　 　ｇ** | | | **水分/ ml** | | |
| **提供栄養量** | **エネルギー/　　　 　　　 kcal** | | | | **たんぱく質/ 　　　 g** | | | **食塩/ ｇ** | | | **水分/ ml** | | |
| **提供内容** | **副食** | **□コード0j** | | **□コード0t** | | **□コード1j** | **□コード2-1** | | **□ｺｰﾄﾞ2-2** | **□コード3** | | **□コード4** | **□コード外** |
|  | |  | |  |  | |  |  | |  | **一般常食** |
| **主食**    **ｇ** | **□ゼリー粥** | | **□重湯** | | **□ミキサー粥** | **□5分粥** | | **□全粥** | **□軟飯** | | **□米飯** |  |
|  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| **とろみ** | **□　なし □ あり　（　□　薄いとろみ　　　□　中間のとろみ　　　□　濃いとろみ　）** | | | | | | | | | | | |
| **補助食品** | **□　なし　　　□ あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | | | |
| **経管栄養** | **濃厚流動食品名**  **朝/　　　　　ml　　昼/　　　　　ml　　夕/　　　　　ml　　眠前/　　　　　ml** | | | | | | | | | | | |
| **追加水**  **朝/　　　　　ml　　昼/　　　　　ml　　夕/　　　　　ml　　眠前/　　　　　ml** | | | | | | | | | | | |
| **摂取量** | **□ 完食 　　 □ 2/3程度　 　　□ 半量程度 　 □ 1/3程度 　　□ ほとんど摂取なし** | | | | | | | | | | | | |

**食事に関する問題点**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **アレルギー** | **□　なし　　□　あり(　　　　　　　　　)** | | | **嗜好** | | **□　なし　　□　あり(　　　　　　　　　)** | |
| **禁止食品** | **□　なし　　□　あり(　　　　　　　　　)** | | | **自助食器** | | **□　なし　　□　あり(　　　　　　　　　)** | |
| **嚥下・摂食機能等** | **食への意欲** | **□ あり** | **□ なし** | | **□ 不明** | | |
| **摂取姿勢** | **□ 椅子** | **□ 車椅子** | | **□ 端坐位** | | **□ ベッドアップ** |
| **摂取方法** | **□ 自立** | **□ 見守り** | | **□ 部分介助** | | **□ 全介助** |
| **飲食中のムセ** | **□ なし** | **□ 時々** | | **□ 頻回** | | |
| **口腔内の残留** | **□ なし** | **□ 少量** | | **□ 多量** | | |
| **その他** |  | | | | | | |

**入院中の経過および連絡内容について**

|  |
| --- |
|  |

**引き続き、ご加療の程、よろしくお願いいたします。**

**問い合わせ先**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設名：** | | | | |  | 管理栄養士 |
| **TEL：** |  | **FAX：** |  | **E-mail：** | | |

岩手県食形態分類標準化推進委員会　（運営事務局/公益社団法人岩手県栄養士会）