**栄　養　情　報　連　携　書**

**作成日　　　　　　年　　　　月　　　　日　/　情報提供日（説明日）　　　　　　年　　　月　　日**

**□対面　□電話　□ビデオ通話　□その他**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | ふりがな  **様** | **男**  **女** |  | **測 定 日** | **年 月 日** | **身　長** | .　　　**㎝**  □測定不能 |
| **体　　 重** |  | **ＢＭＩ** | .　　　**㎏/㎡**  **□**算出不能 |
| **生年月日** | **T・S・H・R　　 　年　　月　　日** | **歳** | **体重変化** | □変化なし  □変化あり　　過去（　　　）週間・か月/増加・減少　　変化量　（　　　　　）　　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**  ※GLIM基準による評価を行っていない場合は非対応にチェックすること。  該当項目：表現型（□体重減少、□低BMI、□筋肉量減少）　病因（□食事摂取量減少/消化吸収能低下、□傷病負荷/炎症） | | | | | | | | | | | | | |
| **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**  **静脈栄養** | **□経鼻**  **□胃瘻**  **□その他** | **留意事項（製品名、投与速度等）** | | | | | | | | | | |
| **□末梢**  **□中心** | **留意事項（製品名、投与速度等）** | | | | | | | | | | |

**情報提供先医療機関・施設名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**担当医師又は管理栄養士**　　　　　　　　　　　　　　　**様**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | |
| **入院中の栄養管理にかかる経過及び、栄養指導の内容、その他連絡内容について** | | | | | | | |

**引き続き、ご加療の程、よろしくお願いいたします。**

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）2024.6

**【問合せ先】**

医療機関・施設名：　　　　　　　　　　　担当医師：　　　　　　　　担当管理栄養士：

　TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　Email：