

## 栄養情報提供書

氏名	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	様					
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭		年	月	日	( 歳)
身長	cm ( 年 月)		体重	kg ( 年 月)		
体重変化	( )か月に <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - ( )kg		アルブミン値	( 年 月)		
<input type="checkbox"/> 経口	治療食対応	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> その他( )				
	提供量	エネルギー		kcal	たんぱく質 g	
	補助食品	提供量		kcal/日	内容:	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	理由: <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 備考欄に記入				
	平均摂取量	主食	割	副食	割	( 転院前1週間の平均)
	主食	朝 ( )		昼 ( )		夕 ( )
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 超キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	朝の飲み物	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	水分嚥下	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	水分の形状		<input type="checkbox"/> お茶トロミ <input type="checkbox"/> お茶ゼリー <input type="checkbox"/> 汁物トロミ <input type="checkbox"/> 汁物ゼリー
	禁忌食材	<input type="checkbox"/> アレルギー: _____ <input type="checkbox"/> 嗜好による: _____				
<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> 胃瘻	朝 ( )	/	kcal)	+	白湯 ml
	<input type="checkbox"/> 経鼻	昼 ( )	/	kcal)	+	白湯 ml
	<input type="checkbox"/> 腸瘻	夕 ( )	/	kcal)	+	白湯 ml
食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
※使用食具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン( <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 小) <input type="checkbox"/> フォーク( <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 小) <input type="checkbox"/> 自助具( ) <input type="checkbox"/> 自助食器					
※褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位: _____					
※VF検査 (嚥下造影検査)	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施					
備考欄						

※の項目は分かる範囲でご記入ください。

記入日 平成 年 月 日

病院又は施設名

記入者名(栄養士)