

食事・栄養に関するサマリー(様式1)

( 栄養部門 ↔ 栄養部門

記入日 平成 年 月 日

担当 管理栄養士・栄養士

記入 管理栄養士・栄養士

所属名

連絡先電話 ( ) (内線)

E-mail

この情報は当院、当施設に入院、利用中に提供していた食事内容の情報です。  
服薬等の情報については、医療・利用者情報提供書等でご確認ください。

氏名	ふりがな	男・女 様	食事に関連する既往歴・疾患名など※1
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	歳	

身長	cm	/	/	BMI
体重	kg	/	/	kg/m <sup>2</sup>
体重の変動				

血液検査		その他検査項目	検査値	検査日
A   b	g/dl	/ /		/ /
Hb	g/dl	/ /		/ /

(経管栄養)

経腸栄養剤	品名	総投与エネルギー量 kcal			<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	指示量	朝 ml	昼 ml	夕 ml	投与速度 ml/h r
水分	品名	白湯 ( )			
	指示量	朝 ml	昼 ml	夕 ml	
特記事項					

(経口栄養)

提供食事内容		<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食 (食種 )			
エネルギー kcal		たんぱく質 g	脂質 g	食塩相当量 g	( )
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )			重量 ( ) g
	副食 *別紙参照	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ ( cm角) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	学会分類2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 1-j <input type="checkbox"/> 0-t <input type="checkbox"/> 0-j	
食事摂取量		主食	割	副食	割
水分摂取状況	とろみ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (学会分類2013の段階 <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い ) <input type="checkbox"/> ゼリー			
使用食器		<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"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
飲み物		<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> ヤクルト <input type="checkbox"/> その他 ( )			
補助食品の使用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容 使用理由と頻度		
食物アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因食品: )			
制限が必要な食品		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (制限食品: )			ワルファリン使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
嗜好		好きな物	嫌いな物		
摂取方法		<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食事に関する問題点		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし ( <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少 ) <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 麻痺 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )			
歯の状況		<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 自歯			

特記事項	
------	--