

# 栄養情報提供書（様式例）

別紙様式4-2

記入日： 年 月 日

医療機関・介護保険施設 ご担当者様

氏名	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 )		
	様			病名			
身長	cm(測定日 年 月 日)						
体重	直近(①):			BMI	直近(①):	kg/m <sup>2</sup>	
	①から1か月前:				①から1か月前:	kg/m <sup>2</sup>	
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		
	経口栄養 <input type="checkbox"/> 無	食種		補助食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(商品名: 提供時間: )		
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( )				
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(コード <sup>※1</sup> : ) <input type="checkbox"/> その他( )				
	とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い) <sup>※1</sup>					
経管栄養 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	製品名:					
	備考 <sup>※2</sup> ( )						
静脈栄養 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心	製品名・投与量等:					
食事に関する留意事項	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )					
	その他禁止食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療による禁止有り( ) <input type="checkbox"/> 嗜好による禁止有り( )					
	その他問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 姿勢保持不良 <input type="checkbox"/> 食事への注意散漫 <input type="checkbox"/> 食事時の傾眠 <input type="checkbox"/> 食物の溜め込み <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 口腔内残渣 <input type="checkbox"/> その他( )					
入所中の経過・栄養食事相談の内容等							

※1: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」

※2: 投与方法や投与速度を必要に応じて記入すること

問合せ先 施設名: \_\_\_\_\_  
 担当管理栄養士名: \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ (FAX): \_\_\_\_\_