

食事・栄養に関するサマリー(様式2)

(栄養部門 ↔ 栄養部門

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。

評価日 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

氏名	ふりがな	男・女	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	下腿周囲長	握力	過去(週間の)の体重変化	<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 変化なし
体重	kg	/ /	kg/m ²	cm	kgf	<input type="checkbox"/> 減少 (kg %)	
検査	A l b	g/dl	/ /	Hb	g/dl	/ /	その他 / /
身体所見	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 嚥下困難障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難障害 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 食物認識 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘) <input type="checkbox"/> 浮腫 (<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯不適 <input type="checkbox"/> 食べこぼ (<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少) <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <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 ()						

栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃婇 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 静脈)				
食事回数	回/日	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> その他 (
1日栄養量	エネルギー	たんぱく質	食塩	水分	その他
必要栄養量	kcal/標準体重kg kcal/現体重kg	g/標準体重kg g/現体重kg	g	ml	
摂取栄養量	kcal/標準体重kg kcal/現体重kg	g/標準体重kg g/現体重kg	g	ml	

(経口栄養)

食種	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食(食種)						
食事形態	主食	朝	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ()			重量	g
		昼	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ()			重量	g
		夕	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ()			重量	g
*別紙参照	副食	<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 ()					
	食形態	<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			
とろみ調整食品の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (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 種類(製品名) 使用量(gまたは包)						
使用食器	<input type="checkbox"/> 端 <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						
その他影響する問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因食品:)						
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原因食品:)						
禁忌食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (制限食品:) <input type="checkbox"/> ワルファリン使用 <input checked="" 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						

(経管栄養)

経腸栄養剤	品名	朝	ml	昼	ml	夕	ml	秘投エネルギー	kcal	
	指示量							量	投与速度	
水分	品名	白湯 ()								
	指示量	朝	ml	昼	ml	夕	ml			
特記事項										

栄養管理・栄養指導等の経過	
栄養管理上の注意点と課題	