

栄 養 食 事 情 報 提 供 書

送付先施設

管理栄養士・栄養士 様 記入日 令和 年 月 日

記入施設					連絡先TEL	□代表 □直通					
					記入者名						
ふりがな	-----				性別	生年月日	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和				
氏名					□男 □女		年 月 日 (歳)				
入院(所)日	令和	年	月	日	退院(所)(予定)日	令和	年	月	日		
身体状況	身長	cm	(令和	年	月	日)	病名等				
	体重	kg	(令和	年	月	日)					
	BMI	kg/m ²	IBW	kg	体重変化	□増加 □変化なし □減少 (期間: 間で kg %)					
	血液検査	Alb	mg/dl	他:	(令和 年 月 日) □不明						
	浮腫	□無 □有 (□下肢 □胸水 □腹水) □不明				褥瘡	□無 □有 (部位:) □不明				
	食事介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				歯の状態	□義歯無 □義歯有 (歯の問題 □有 □無)				
食事に関する症状	□無 □嚥下障害 □口腔残留 □咀嚼障害 □開口困難 □傾眠 □早食 □食べこぼし □食物認知障害 □食欲低下 □味覚障害 □口内炎 □消化機能低下 その他・特記事項()										
食事姿勢	□問題ナシ □問題アリ()				自助食具	□不使用 □使用()					
栄養指示の有無	□無 □エネルギー □たんぱく質 □脂質 □塩分 □水分 □その他()										
必要栄養量	エネルギー		たんぱく質			水分	塩分	その他			
	kcal		g								
	()kcal/kg標準体重		()g/kg標準体重			ml	g				
全摂取栄養量	エネルギー		たんぱく質			水分	塩分	その他			
	()kcal		()g								
	()kcal/kg標準体重		()g/kg標準体重			ml	g				
栄養補給法	□経口(非嚥下調整食) □経口(嚥下調整食) ※経口栄養の場合は裏面も要記載、要確認 □経腸 □静脈										
経口栄養	□一般食 □治療食【 □糖尿病 □腎臓病 □心臓病 □胃腸疾患 □その他()】 □ハーブ食										
	提供栄養量 ^a	エネルギー		たんぱく質		水分	塩分	その他			
		kcal		g		ml	g				
	提供栄養量に含まれる補助食品等の提供栄養量 ^e					エネルギー	kcal	たんぱく質	g		
	平均摂取率	主食 ^b	%	副食 ^c	%	補助食品等 ^d	%	摂取のバラツキ	□あり □なし		
摂取栄養量 [*]	エネルギー		たんぱく質		水分	塩分	その他				
	()kcal		()g		ml	g					
経腸栄養	□経鼻 □胃瘻 □腸瘻 その他() 提供栄養量 エネルギー kcal たんぱく質 g 水分 ml										
	提供部門	□栄養 □薬剤		注入速度	□指定なし □遅め □指定あり(mL/h)						
	製品名 濃度			kcal/ml			kcal/ml				
	提供量(回数)			ml × 回			ml × 回				
	水分投与量			ml × 回			ml × 回				
備考											
静脈栄養	□末梢(PPN) □中心(TPN)				提供栄養量	エネルギー	kcal	アミノ酸	g	水分	ml
	備考										

^a摂取栄養量 = (主食提供栄養量^f × 主食摂取率^b) + ((全提供栄養量^e - 主食提供栄養量^d - 補助食品等提供栄養量^c) × 副食摂取率^c + (補助食品等提供栄養量^c × 補助食品等摂取率^d)

主食提供栄養量^fの計算例: ご飯200g × 3食 = ご飯168kcal/100g(食品成分表より) × 6 = 1008kcal. たんぱく質も同様に.

食事回数		<input type="checkbox"/> 朝昼夕 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 その他()	
注意食品		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> 禁忌() <input type="checkbox"/> 嗜好 ^{※1} ()	
水分のとり方		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(とり方調整食品製品名: , 使用量: g又は包 <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)	
水分提供方法 ^{※2}			
学会分類2013		<input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 非嚥下調整食	(添付資料)食事の写真 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
主食		<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー <input type="checkbox"/> 粥ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ粥 <input type="checkbox"/> 重湯ゼリー	
<input type="checkbox"/> 無		重量()g/食 備考()	
経口栄養の詳細	主菜 <input type="checkbox"/> 無	【大きさ】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 2cm片 <input type="checkbox"/> 1cm角 <input type="checkbox"/> 0.5cm角 <input type="checkbox"/> 0.3cm角 <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> 均一 <input type="checkbox"/> 不均一) 【形態】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ()分菜 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動 【かたさ】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 容易にかめる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい	
	副食 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 主菜に準じる 【大きさ】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 1cm角 <input type="checkbox"/> 0.5cm角 <input type="checkbox"/> 0.3cm角 <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> 均一 <input type="checkbox"/> 不均一) 【形態】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ()分菜 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動 【かたさ】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 容易にかめる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい	
	汁物 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 主菜に準じる 【具の大きさ】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 0.5cm角 <input type="checkbox"/> 0.3cm角 <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> 均一 <input type="checkbox"/> 不均一) <input type="checkbox"/> 具なし 【形態】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 流動 【かたさ】 <input type="checkbox"/> 対応不要 <input type="checkbox"/> 容易にかめる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい	
その他 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 補助食品(名: × ケ) <input type="checkbox"/> 補助食品(名: × ケ) <input type="checkbox"/> お茶(× 回) <input type="checkbox"/> ジュース(× 回) <input type="checkbox"/> 牛乳(× 回) 【形態】 <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> ゼリー化 <input type="checkbox"/> ヨーグルト(× 回) ※その他()		
備考			
栄養管理・栄養指導等の経過	入院、入所中の経過を記載してください。		
栄養管理上の注意点と課題	使用している食器、食事に要する時間、食事に影響する薬、ADL、握力、下腿周囲長、魚の骨取りなど、注意点があれば記載してください。課題としては、今後、どのような栄養管理が必要かを記載してください。		

※1 “嗜好”には、単なる好き嫌いではなく、食欲の増減に強く関わるものを記載してください。

※2 “水分提供方法”には、嚥下障害に対するお茶補給方法や、水分制限への管理方法等を記載してください。

例) 介助者がとろみをつけたお茶を600cc摂取。ペットボトルにて量を把握。