

栄養サマリー

氏名	ふりがな 様	性別		
生年月日	年 月 日 才	入院日		
身長	cm	体重 kg 測定日		
体重変化	入院日から 日間で kg	アルブミン値 g/dl 測定日		
□ 経口	治療食対応	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> その他		
	提供栄養量	①食事	kcal/日	食種名
		②補助食品	kcal/日	内容: 提供数/日
		理由:	<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 献立に含む <input type="checkbox"/> 食事が少ない <input type="checkbox"/> 備考欄に記入	
	①②合計	kcal/日	たんぱく質 g/日	
	平均摂取量	主食 割 副食 割	補助食品 割	※状態が安定しているときの平均摂取量
	平均摂取エネルギー・蛋白	kcal/日	たんぱく質 g/日	
	食事形態	主食	朝() 昼() 夕()	
		朝の飲み物	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		副食	<input type="checkbox"/> 特別な対応なし <input type="checkbox"/> 特別な対応あり 【大きさ <input type="checkbox"/> 21~30mm <input type="checkbox"/> 11~20mm <input type="checkbox"/> 6~10mm <input type="checkbox"/> ~5mm】 <input type="checkbox"/> 軟菜対応 <input type="checkbox"/> あんかけ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()	
学会分類 2013		コード	<input type="checkbox"/> 該当無し <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	
	水分 とろみ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間とろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ <input type="checkbox"/> ゼリー		
禁忌食材	<input type="checkbox"/> アレルギー : <input type="checkbox"/> 嗜好による :			
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・食器()			
□ 経管	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	栄養剤名	追加水分 ml/日 提供水分 ml/日	
	提供エネルギー・蛋白	kcal/日・g/日	使用理由 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
□ 静脈	<input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/> TPN	種類・量		
	提供エネルギー・アミノ酸	kcal/日・g/日	欠食開始日	
VF・VE検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VE	実施日	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
総摂取エネルギー・蛋白(経口・経腸・静脈含む)		kcal/日	たんぱく質 g/日	
備考欄	上記に加え、食事内容や食欲、食事介助の方法などに対して配慮する点や、栄養指導内容・栄養管理に係る経過等ございましたらご記入お願いします。			

施設名

記入日 年 月 日

記入者名(栄養士)

令和3年4月改正