

栄養情報提供書を渡す際は、本人もしくは家族に渡していただき、介護支援専門員に情報提供するようお願いください。

## 《記入方法について》

主な記入方法を示しました。作成するうえでの参考にしてください。

### 栄養情報提供書（在宅用）

記入日 年 月 日

※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、診療情報提供書等でご確認ください。

① 所属名 管理栄養士・栄養士名  
連絡先 電話 ( ) (内線)

①【所属名、管理栄養士・栄養士名、連絡先】問合せする場合がありますので、記入者の情報をご記入ください

1 当施設での身体状況等把握状況について

氏名	ふりがな	生年 月日	____年____月____日 (____歳)
	様 (性別： 男 ・ 女 )		
② 身体状況	○身長： _____cm 測定日： _____年____月____日		
	○体重： _____kg 測定日： _____年____月____日		
	○BMI： _____		
③ 既往歴等	疾患・既往歴・要介護・認知症・褥瘡など * <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の既往		

②【身長】【体重】【BMI】最新の数値を記載し、測定日も忘れずにご記入ください。

③【既往歴等】疾患・既往歴、介護度、認知症の有無、褥瘡の有無等ご記入ください。

2 当施設での食事の提供状況について

④ 提供栄養量	エネルギー kcal/日		
⑤ 栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口【 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 治療食 ( )】 <input type="checkbox"/> 経管【 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻】 品名 ( ) 容量 ( ) ml × ( ) 回		
⑤ 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容： )		
⑤ 禁止食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容： )		
⑥ 好きな食べ物 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 )	内容：	嫌いな食べ物 ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 )	内容：
⑦ 食事形態	主食	形態： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( ) 粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		提供量： ( ) g	
		とろみ： <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (とろみ剤名称： )	
		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	
⑦ 食事形態	副食	形態： <input type="checkbox"/> 加工なし <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		大きさ： <input type="checkbox"/> 2~3cm 角 <input type="checkbox"/> 1~1.5cm 角 <input type="checkbox"/> 0.5cm 角 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		とろみ： <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (とろみ剤名称： )	
		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	
⑦ 食事形態	水分	とろみ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (強さ： <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)	とろみ剤名称 ( )
⑧	《食事に関して気を付けてほしいこと》 ※咀嚼嚥下について、食事姿勢について 等 <input type="checkbox"/> 栄養補助食品の使用有 品名 ( ) 提供量 ( )		

- ④【提供栄養量】【栄養補給法】施設で提供していた食事内容をご記入ください。
- ⑤【食物アレルギー】【禁止食品】それぞれの有無についてチェック（☑）し、「有」の場合は、内容をご記入ください。禁止食品については、服薬のほか、ベジタリアン、宗教上の理由、嗜好等による場合もご記入ください。
- ⑥【好きな食べ物】【嫌いな食べ物】それぞれの有無についてチェック（☑）し、「有」の場合は、内容をご記入ください。
- ⑦【食事形態】施設で提供していた食事・水分についてチェック（☑）してください。とろみ剤を使用していた場合は、とろみ剤名もご記入ください。
- ⑧【食事に関して気を付けてほしいこと】全体を通して、食事に関して伝える必要のある事項（咀嚼嚥下について、食事姿勢について等）があればご記入ください。また、栄養補助食品を使用している場合には、チェック（☑）し、品名と提供量（例：○個×□回、○ml×△回）をご記入ください。