

《記入方法について》

本栄養情報提供書は、施設間の移動の際などに、関係者間で高齢者の食事や食形態に関する情報を共有することを目的とした連絡用ツールです。

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（施設間移動用）

取扱注意

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) 記載項目については、可能な限り御記入ください。

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。

氏名	ふりがな	男・女	③ 介護度
	② (ID)		④ 疾患・既往歴・認知症・褥瘡など <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の既往 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他
生年月日	年 月 日	歳	[]

②【ID】問合せ等で必要な場合はご記入ください。

③【介護度】要介護認定を受けている場合はご記入ください。

④【疾患・既往歴・認知症・褥瘡など】疾患・既往歴等当てはまる場合、チェック (☑) してください。なお、加算のとれる特別食・療養食の疾患名もこちらにご記入ください。

⑤	身長	cm	測定日： 年 月 日	血液検査値	検査年月日(平成 年 月 日)
	体重	kg	測定日： 年 月 日	Alb	g/dl
	BMI			HbA1c	%

⑥ 歯の状態 歯有り【上：自歯 義歯 (総・部分)、下：自歯 義歯 (総・部分)】 歯無し

⑤【身長】【体重】【BMI】【血液検査値】最新の数値を記載し、測定日も忘れずにご記入ください。

⑥【歯の状態】歯の有無をご記入ください。「有」の場合は、上下の歯の状態についてもご記入ください。

経口栄養	⑦ 摂取方法 注意事項	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事環境の整備(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 複数回嚥下 <input type="checkbox"/> 交互嚥下 <input type="checkbox"/> その他()			
	⑧ 食種	⑨ 主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> () 粥 <input type="checkbox"/> その他() 学会分類 2013 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4		
		⑨ 副食	<input type="checkbox"/> 加工なし <input type="checkbox"/> きざみ・(2~3cm角・1~1.5cm角・0.5cm角) <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> その他() 学会分類 2013 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4		
	水分	⑩ 水分 水分補給時提供飲料 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> Caジュース <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> 水分ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ水 <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"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ			
		⑪ 使用食器	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 特記事項 *食事の際に使用している手 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 不明)		
	⑫ 栄養補助食品	⑫ 栄養補助食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 補助食品名 () 提供時間 () 提供量 ()			
⑬ 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【摂取方法・注意事項】施設での食事摂取方法及び注意事項について、当てはまる箇所にチェック (☑) してください。喫食する際、食事環境整備が必要 (喫食場所から離す等) な場合は有にチェック (☑) してください。該当がない場合は、その他にご記入ください。

- ⑧【食種】【提供栄養量】【水分量】施設で提供している食事内容をご記入ください。水分については、食事以外の水分量をご記入ください。
- ⑨【主食】【副食】施設で提供していた食事についてチェック（）し、学会分類 2013 で当てはまる基準に○をしてください。
- ⑩【水分】施設で提供していた水分についてチェック（）し、学会分類 2013 で当てはまる基準に○をしてください。とろみ剤を使用している場合は、とろみ剤の名称もご記入ください。
- ⑪【使用食器】施設で使用している食器についてチェック（）してください。食器の大きさや配慮が必要な場合や記載がない食器等（エプロン、ストローなど）が必要な場合は、特記事項に記載してください。また、食事の時に使用している手についてチェック（）してください。
- ⑫【栄養補助食品】補助食品の使用の有無についてチェック（）してください。「有」の場合は、食品名、提供時間及び提供量（例：○個、○ml）について具体的にご記入ください。
- ⑬【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。

⑭ 経管栄養	品名・容量 指示量(kcal) 水分(ml)	品名 () 容量 () ml× () 回 総エネルギー () kcal 水分 () ml× () 回
	特記事項	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()

⑭【経管栄養】経管栄養により濃厚流動食を提供している場合には、品名、容量、総エネルギー量、水分をご記入ください。特記事項については、当てはまる補給法にチェック（）し、必要な配慮等ある場合はご記入ください。

⑮ 食事摂取状況	主食	割合	副食	割合	平均食事時間	分
	姿勢 <input type="checkbox"/> 30度 <input type="checkbox"/> 45度 <input type="checkbox"/> 60度 <input type="checkbox"/> 90度 <input type="checkbox"/> 椅子座位				頸部前屈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	食物アレルギー (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				内容:	服薬による禁忌 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)
頸部後屈				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

⑮「提供栄養量」に対する「主食」「副食」の摂取量の割合や平均食事時間についてご記入いただき、姿勢についてリクライニングの程度（度数）や頸部前屈の有無等についてチェック（）してください。食物アレルギー及び服薬による禁忌については、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。

⑯ 食事に関する 問題点 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input type="checkbox"/> 麻痺(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)
	<input type="checkbox"/> 食べこぼし(<input type="checkbox"/> 多・ <input type="checkbox"/> 少) <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 開口困難 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 異食
	<input type="checkbox"/> その他 ()

⑯【食事に関する問題点】食事に関する問題点の有無についてチェック（）し、「有」の場合は、当てはまる問題点についてチェック（）してください。または、その他にご記入ください。

⑰ 食事に関する 本人及び家族の要望	
--------------------------	--

⑰【食事に関する本人及び家族の要望】食事に関する要望がある場合はご記入ください。

⑱ 特記事項	
-----------	--

⑱【特記事項】全体を通して、伝える必要のある事項があればご記入ください。
例) 体重変化率、窒息しやすい食品や状況