

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。

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。

氏名	ふりがな	男・女	介護度
	(ID:)		疾患・既往歴・認知症・褥瘡など
生年月日 年 月 日 歳		<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	

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	%

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

経口栄養	摂取方法	<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)		
	注意事項	<input type="checkbox"/> 複数回嚥下 <input type="checkbox"/> 交互嚥下 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	食種	食	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 0 j ・ 0 t ・ 1 j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4
	エネルギー	kcal	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 0 j ・ 0 t ・ 1 j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4
	たんぱく質	g	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
	食塩相当量	g	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)
水分量 (食事以外の水分) 1日合計平均 _____ ml		栄養補助食品	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 補助食品名 () 提供時間 ()	
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:

経管栄養	品名・容量	品名 ()	容量 () ml × () 回
	指示量(kcal)	総エネルギー () kcal	
	水分(ml)	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 ()	

食事摂取状況	主食	割	副食	割	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
				頸部後屈	<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)	内容:	
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 ()					
食事に関する本人及び家族の要望						
特記事項						

ご不明な事項については、上記連絡先に直接ご連絡いただければ幸いです。よろしくお願ひ致します。
東京都西多摩保健所 作成 (協力: 東京都西多摩保健所特定給食施設協議会)