

栄養情報提供書(栄養サマリー)

移動先の病院・施設名

担当医師又は管理栄養士： 様

上記担当者への説明日： 年 月 日

1
作成者

施設名

職種・氏名

電話・FAX

年 月 日 作成

下記の(入所者・患者)様の栄養管理情報を提供します。御不明点は作成者にお問い合わせください。
なお、この情報を提供することについては、ご本人もしくはご家族の方の了解を得ております。

2 基本情報	ふりがな 氏 名	様	男・女	3 主病名
	生年月日	T S H 西暦 年 月 日 ()歳		

食事内容	4 提供栄養量 栄養補給法	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	食塩 (g)	□一般食 □特別食 / 療養食 ()	
	内訳	経口摂取					経管栄養の場合は、商品名、量×回数、時間、追加水などを記載する(経腸栄養剤含む)
		経管栄養					
		静脈栄養					
	5 食形態	主食	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他()			主食量 g	●食形態名称 ()
	副食	□コード0(t・j) □1 □2(2-1・2-2) □3 □4 □問題なし					
	6 栄養補助食品	□有 (商品名) □無					
	7 水分摂取状況	摂取量()ml/日 水分とろみ □不要 □要 (濃い・中間・薄い) □ゼリー状					
	8 禁止食品	□有 () □無 □未把握					
9 食物アレルギー	□有 () □無						
栄養および身体状態等	10 食欲	□有 □無 (いつ頃から)					
	11 摂取量	主食： 割 副食： 割 ※					
	12 嚥下	□問題なし □時々むせる □いつもむせる (どのような時にむせるか：)					
	13 義歯	□有 (使用している ・ 合わないので使用はしていない) □無					
	14 身体測定	身長： cm 体重： kg (BMI：)		測定日 (年 月 日)			
	15 血液検査	Alb： g/dl その他()		検査日 年 月 日			
	16 褥瘡	□有 □無 ※					
17 GLIM基準による評価	[□非対応] 判定：□低栄養非該当 □低栄養相当 □中等度低栄養 □重度低栄養 該当項目：表現型(□体重減少 □低BMI □筋肉量減少) 病因(□食事摂取量減少／消化吸収能低下、□疾病負荷／炎症)						
A D L	18 食事介助	□自力摂取 □一部介助 □全介助 (備考：)					
	19 食事姿勢	□座位保持可能(自立) □自立困難(介助内容：)					
		□椅子 □車椅子 □ベッド上 ()					
20 介護食器	□有 () □無						
21 自由記載欄 (※について特記事項があればこちらに記載する)	栄養ケアで特に注意喚起する事柄・嗜好等あれば						

【記入についての留意点】

※21の基本項目については、状況により追加・削除等カスタマイズ可能
(お食事連絡票の代わりに栄養サマリーを使用する場合は、代用する旨自由記載欄に記載する)

1	発行する病院・施設の名称と管理栄養士の氏名、電話・FAX番号を記載する。
2	入所者、患者の基本情報について記載する。年齢は作成日時点の年齢とする。
3	主病名を記載する。
4	入院・入所時の提供栄養量・栄養補給法を記載する。 食事が「一般食」か「特別食」又は「療養食」について選び、後者の場合は()に食種を記載する。
5	食形態について、主食、副食別に選び、主食については、その量を記載する。 食形態の名称を記載する。その際は、「大和管内食形態一覧表」を確認すると参考になる。
6	栄養補助食品の使用の有無を選び、ある場合は、商品名、使用量等を記載する。欄が不足する場合は、「21自由記載欄」にその旨記載をする。
7	水分摂取状況について、1日の総量と、その形態(とろみの有無又は、ゼリー状)についてチェックをする。
8	禁止食品の有無と、ある場合には具体的な食品等を記載する。
9	食物アレルギーの有無と、ある場合には具体的な食品等を記載する。
10	食欲の有無と、ない場合については、その状況を記載をする。
11	食事摂取量について、主食、副食別に割合を記載する。 特記事項があれば「21自由記載欄」にその旨記載をする。
12	嚥下機能について、むせがある場合はその状況について()に記載する。
13	義歯の使用の有無について、記載する。
14	身長・体重およびBMIを記載し、体重減少率を記載する(測定日を確認し、記載する)。
15	血液検査結果でAlb値があれば記載する。ない場合やその他参考になる検査値があれば、記載する(検査日を確認し記載する)。
16	褥瘡の有無についてチェックする。特記事項があれば「21自由記載欄」へ記載する。
17	GLIM基準による評価について、判定と該当項目、病因について、チェックをする。 非対応の場合でも、状況を把握しているものは右の欄にチェックをする。
18	食事介助について、選択し、全介助の場合は()にその状況を記載する。
19	食事姿勢について、座位保持が可能か、困難な場合は介助内容を記載する。 食事時に、椅子、車椅子使用か、ベッド上かを選択する。
20	介護食器の使用の有無と、ある場合はその状況を記載する。
21	自由記載欄は、栄養ケアで特に注意喚起する事柄・嗜好等あれば記載をする。 上記の項目について、記載しきれない場合や※の項目について記載する。

お食事連絡票

____年 ____月 ____日 作成

介護保険を使われている方は、 ケアマネジャーさんに、この連絡票を お見せください。		1 作成者		施設名				
				職種・氏名				
				住所				
				電話・FAX				
2 基本 情報	ふりがな 氏名				男・女	3 主 病 名		
	生年月日	T S H 西暦 年 月 日 ()歳						
食事 内容	食事の名称:					□特別食 / 療養食()		
	4 栄 養 量 等	エネルギー:	kcal		栄 養 補 助 食 品 等	商品名 量		
		たんぱく質:	g					
		食 塩 :	g 未満					
		水 分 :	ml					
	5 食形態	主食	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他()					
		副食 (おかず)	□そのまま □一口大 □刻み □歯ぐきでつぶせる硬さ □舌でつぶせる硬さ □粒のあるペースト状 □粒のないペースト状 □ムース状 □とろみ状 □ゼリー状					
	6 飲水	□指示なし □指示あり→【飲水量】()ml/日 【水分形状】□通常 □水分とろみ(濃い・中間・薄い) □ゼリー状						
	7 禁止食品	□無 □有()						
	8 食物アレルギー	□無 □有()						
9 服薬	□無 □有()							
10 食のしこう	好きな食品・料理: 嫌いな食品・料理:							
栄養 および 身体 状態 等	11 食事摂取量	主食: _____ 割 副食(おかず): _____ 割 ※						
	12 えん下	□問題なし □時々むせる □いつもむせる (どのようなときにむせるか)						
	13 身体測定	身長: _____ cm 体重: _____ kg (BMI: _____) 測定日: ____年 ____月 ____日						
	14 血液検査	Alb(アルブミン値): _____ g/dl その他(): _____ 検査日: ____年 ____月 ____日						
	15 食事介助	□自力摂取 □一部介助 □全介助※						
	16 食事姿勢	□座ったまま食べることができる □座って食べることが難しい □椅子 □車椅子 □ベッド上						
	17 介護食器	□有(使っているもの) □無						
18 自由記載欄 (※について特記 事項があれば こちらに記載する)		配慮してほしいこと						

【記入についての留意点】

※18の基本項目については、追加・削除等カスタマイズ可能
(お食事連絡票の代わりに栄養サマリーを使用する場合は、代用する旨自由記載欄に記載する)

1	発行する病院・施設の名称と管理栄養士の氏名、住所・電話・FAX番号を記載する。
2	入所者、患者の基本情報について記載する。年齢は作成日時点の年齢とする。
3	主病名を記載する。
4	入院・入所時の提供栄養量・栄養補助食品等の状況を記載する。 「特別食」又は「療養食」について選び、()に食種を記載する。 栄養補助食品等を使用していた場合は、商品名、量×回数などを記載する。
5	食形態について、主食、副食別に選ぶ。
6	飲水について、指示の有無をチェックし、指示がある場合は1日の総量、水分形状についてチェックする。
7	禁止食品の有無と、ある場合には具体的な食品等を記載する。
8	食物アレルギーの有無と、ある場合には具体的な食品等を記載する。
9	服薬の有無と、ある場合にはその状況を記載をする。
10	食のしこうについて、好きな食品・料理、嫌いな食品・料理について記載する。
11	食事摂取量について、主食、副食別に割合を記載する。 特記事項があれば「18自由記載欄」に記載する。
12	嚥下機能について、むせがある場合はその状況について()に記載する。
13	身長・体重及びBMIを記載する(測定日を確認し、記載する)。
14	血液検査結果でAlb値があれば記載する。ない場合やその他参考になる検査値があれば、記載する(検査日を確認し記載する)。
15	食事介助について、選択する。特記事項があれば「18自由記載欄」に記載する。
16	食事時の姿勢について、座位保持が可能か、また、椅子、車椅子使用か、ベッド上かを選択する。
17	介護食器の使用の有無を選び、ある場合はその状況を記載する。
18	自由記載欄は、配慮していほしいことについて記載をする。 上記の項目について、記載しきれない場合や※の項目について記載する。