第2号様式（第6条第1項第2号）

胃ろうからミキサー食注入の希望調査票

※　胃ろうからミキサー食を注入している方のみ記載してください。
記載した調査票のとおり、注入できないこともあります。

記載年月日（　　年　　月　　日）記載者氏名（　　）

利用者氏名（　　）

病院との調整のために自宅での状況を具体的に教えてください。 ミキサー食に関しては、受け入れ病院との調整が必要になります。回数・時間等、自宅での状況のとおりにはできないことをご了承ください。メディカルショートステイ中に、ミキサー食の注入をできない場合がありますので、代替の栄養剤をご持参ください。

○ ミキサー食でアレルギー等除去する必要のある食品はありますか。

なし　・　あり	除去する食品を具体的に

○ 普段つくるミキサー食の内容は、どのような内容ですか。
（**例**：　からあげ・ハンバーグなどのきょうだい児と同じ食事、市販のレトルト食品　）
（　　）

○ 1食分は、どの程度の量ですか。（　g　・ml　・カロリー　・茶碗何杯など　）
（**例**：　200カロリー程度、こどもの茶碗で2杯分程度　　）
（　　）

○ ミキサー食が注入できない場合の、代替は何になりますか。
（**例**：　エネーボ200ml　、半固形ラコール250ml　　）
（経管栄養剤　・　注入量：　　）

○ 一日の注入回数（　　）回のうち、ミキサー食は（　　）回注入している。

○ 一回の注入にかける時間を具体的に記入してください。（　　）

○ 一回の注入を数回にわけて注入する間隔はどの程度開けていますか。（　　分　）

○ ミキサー食はいつ頃から始めましたか。　（　　年　　月　　頃　　）