

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。

作成者	施設名	
	職種・氏名	
	住所	
	電話・FAX	

基本情報	ふりがな		男・女	主病名	
	氏名	様			
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()		
	栄養量等	エネルギー	kcal	栄養補助食品等	商品名
		たんぱく質	g		
		食塩	g 未満		
		水分	ml		
	食形態	主食	米飯・軟飯・全粥・その他()		
		副食(おかず)	ゼリー状・とろみ状・ムース状・粒のないペースト状 粒のあるペースト状・舌でつぶせる硬さ・歯ぐきでつぶせる硬さ 刻み・一口大・そのまま		
	水分	指示なし 指示あり→ 摂取量()ml/日 水分トロミ 不要・要(濃い・中間・薄い)・ゼリー状			
	禁止食品	無・有()			
	食物アレルギー	無・有()			
服薬	無・有()				
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	食事摂取量	主食: _____ 割 副食(おかず): _____ 割			
	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)			
	身体測定	身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg (BMI: _____) ※BMIの基準値:70歳以上で21.5~24.9 測定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	血液検査	Alb(アルブミン値) _____ g/dl Albの基準値:3.5~5.0g/dl その他() 検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	食事介助	自力摂取 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	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			
介護食器	有(使っているもの) ・ 無				
自由記載欄	配慮してほしいこと				