

栄養サマリー (管理栄養士 → 管理栄養士)

_____年 _____月 _____日 作成

移動先の病院・施設名

1 作成者	施設名	
	職種・氏名	
	電話・FAX	

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		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	I補料 - (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				(経腸栄養剤等を使用している場合) 商品名:	
		経管栄養				()ml × ()回	
		静脈栄養				時間: 追加水:	
	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O(t・j)・1・2(2-1・2-2)・3・4・問題なし ()				
	6 補助食品	有 (商品名) ・ 無					
	7 水分摂取状況	摂取量()ml/日 ・ 水分トロミ (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)	
		体重減少率	% / ヶ月				
	15 血液検査	Alb	g/dl	その他 ()		検査日 年 月 日	
16 褥瘡	有 (部位: 大きさ: 程度:) ・ 無						
ADL	17 食事介助	自力摂取 ・ 一部介助 ・ 全介助 (備考:)					
	18 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 ()					
19 介護食器	有 () ・ 無						
20 自由記載欄	栄養ケアで特に注意喚起する事柄・嗜好等あれば						