

# 栄養情報提供書

作成日 年 月 日

患者氏名		ID	様		生年月日	年	月	日		
					年齢	歳	性別			
栄養管理に係る経過										
栄養評価	身体計測	体重	kg	測定日	/	浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 下肢 ) <input type="checkbox"/> 不明			
		身長	cm			BMI	kg/m <sup>2</sup>	標準体重		kg
	身体所見	食欲低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
		味覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明			咀嚼障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
1日必要栄養量 (使用した体重) <input type="checkbox"/> 標準体重 <input type="checkbox"/> 現体重	エネルギー		たんぱく質		食塩	水分		その他		
	<input type="checkbox"/> BEE × (活動: )		( ) g/kg		g	<input type="checkbox"/> 特別指示なし				
	<input type="checkbox"/> × (ストレス: )					<input type="checkbox"/> ( ml/日)				
		<input type="checkbox"/> 身体活動量( kcal/kg)				<input type="checkbox"/> ( ml/kg/日)				
<b>経口栄養 (食事・付加食)</b>										
食種		<input type="checkbox"/> 一般食 [ ]			<input type="checkbox"/> カリウム制限 ( mg/日以下 )					
		<input type="checkbox"/> 治療食 [ ]			<input type="checkbox"/> その他 ( )					
		(指示エネルギー: kcal 塩分: g未満 たんぱく質: g 脂質: g 水分制限: ml)								
食事内容	主食	朝	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( ) 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ( )		量		g/食			
		昼	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( ) 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ( )				g/食			
		夕	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( ) 粥 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> その他 ( )				g/食			
	副食形態	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> 嚥下食 ( )								
嚥下調整食		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> コード <input type="checkbox"/> oj <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> lj <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4								
禁止食品	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> 鯖 <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他 (詳細: )								
禁止事項 (治療・服薬・宗教上などによる事項)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		禁止食品等		理由		<input type="checkbox"/> 治療上 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 宗教上 <input type="checkbox"/> その他 (詳細: )		
付加食 (経口栄養補助食品)		<input type="checkbox"/> エンジョイクリーム(125ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> リーナレンMP(125ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> リーナレンLP(125ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> さっぱりサラ(125ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> インパクト(125ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> インスロー(200ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> ブイレスCP-10(125ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> プロカセリン-Zn(70g/個)( )個 <input type="checkbox"/> 牛乳(200ml/本)( )本 <input type="checkbox"/> ウイダーインゼリー(200g/個)( )個 <input type="checkbox"/> ヨーグルト(90g/個)( )個 <input type="checkbox"/> プリン(60g/個)( )個 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
<b>経腸栄養</b>										
投与経路		<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
種類(量) 速度等	朝	( ml)		昼	( ml)		夕	( ml)		
		ml/h	追加水分 ml		ml/h	追加水分 ml		ml/h	追加水分 ml	
種類(量) 速度等	持続 1日量	( ml)		その他 1日量	( ml)		( )			
		ml/h	追加水分 ml		ml/h	追加水分 ml	( )			
備考										
<b>摂取栄養量</b>										
補給量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他			
経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml				
※記載栄養量は、提供した食事の栄養量に、喫食量を加味して栄養量を算出しています。										
経口(付加食)	kcal	g	g	g	g	ml				
※記載栄養量は、各食品、提供数の合計栄養量であり、摂取量は加味していません。										
経腸栄養	kcal	g	g	g	g	ml				
合計	kcal	g	g	g	g	ml				
備考										