

〈栄養サマリー〉

【(病院)栄養情報連携料算定 注2の場合】以下管理栄養士への説明日: 年 月 日

(送付先施設名) 栄養士 様 色塗りされている項目 は記入必須

記入日	年 月 日	連絡先TEL			
記入施設		記入者名			
ふりがな 氏名	様	性別	生年月日	大正・昭和・平成	
		男 女		年 月 日 ( 歳)	
身体 状況	身長	cm ( 年 月 日)		主病名	
	体重	kg ( 年 月 日)			
	BMI	血液検査	Alb Hb ( 年 月 日)・添付		
	要介護度	褥瘡	無・有(部位: )		
	歯の状態	自歯: 無・有( 本)	義歯: 無・有		
【GLIM基準による評価(□非対応)】 判定: □低栄養非該当 □低栄養( □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( <input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化機能低下、 □疾病負荷/炎症)					
経管 栄養	経鼻・胃ろう・その他( )			エネルギー kcal	
	種類(kcal/1ml)	( kcal/1ml)		( kcal/1ml)	
	投与量及び回数	ml ×	回	ml ×	回
	投与水分量	ml ×	回	ml ×	回
	その他留意点				
経口 栄養 (提供 食事 内容)	一般食・治療食⇒減塩 糖尿病 腎臓病 貧血 その他( )				
	エネルギー	kcal	栄養補助食品の使用	無・有( )	
	たんぱく質	g	アレルギー・禁忌食品	無・有( )	
	( )		好きな食べ物		嫌いな食べ物
	( )		食事摂取量	主食 %	副食 %
	( )		水分提供の方法	とろみ: 無・有( 薄い 中間 濃い )	
	( )		学会分類2021(とろみ)		
	添付資料	摂食・嚥下機能検査結果: 無・有		提供していた食事の写真: 無・有	
食事 の 形態	嚥下調整食分類2021	学会分類2021(食事): 0j 0t 1j 2-1 2-2 3 4			
	主食	形態 及び 量	米飯( )g・軟飯( )g・全粥( )g・分粥( 分)( )g		
			ミキサー粥( )g・その他( ) ( )g		
		とろみ調整食品名		固形化補助食品名	
	副食	献立	常菜・軟菜・その他( )	とろみ	無・有
		大きさ	1~2cm角・0.3~1cm角・0.3cm未満・その他( )		
処理		フードプロセッサ・ミキサー・裏ごし・圧力鍋・再固形化・その他( )			
	とろみ調整食品名		固形化補助食品名		
その他留意点					
問題 点	食事介助	自立・見守り・一部介助・全介助			
	症状	1:認知機能障害 2:咀嚼・口腔機能障害 3:嚥下困難 4:開口困難 5:その他( )			
	状況				
特記 事項	※体重の増減(変化率)、食欲、使用している食器、食事に要する時間、ADL、等				
	裏面記載: 有・無				

〈栄養サマリー〉

特  
記  
事  
項