

【栄養サマリー】

(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	大正・昭和・平成		
		男 女	生年月日	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		
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()g		
			ミキサーがゆ()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	フードプロセッサー・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				
	※ユニバーサルデザインフード区分: 1 2 3 4 裏面記載: 有・無				

【栄養サマリー】

特
記
事
項