

【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	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							
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2013(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2013		学会分類2013(食事):							
	主食	形態 及び 量	米飯()g・軟飯()g・全粥()g・分粥(分)()g	0j	0t	1j	2-1	2-2	3	4
		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