

「栄養サマリー」記入上の注意点

※必ずしも全ての内容を記入する必要はありません。分かる範囲での記入をお願いします。

***** 栄養サマリー *****

下記の(利用者・患者)様について栄養管理情報を提供します。
この情報については療養者本人もしくは家族の方の了解を得ています。

氏名			男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	歳	
身長	cm	体重	kg	BMI			/	現在		
現病名				既往歴						
栄養	併用の場合、すべてにチェック	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経静脈 → <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/> TPN		商品名()・投与量(kcal/日)・与時間() 回数(回/日)・追加水分(ml/日)・形状の理由()						例えば、半固形の栄養剤を使用している場合、「誤嚥しやすい」や「時間短縮」などの理由があればここ
	必要量	エネルギー	たんぱく質	()g/標準体重kg ()g/現体重Kg	脂肪	g	塩分	g		
	提供量 (栄養補助食品を含む)	エネルギー	たんぱく質	()g/標準体重kg ()g/現体重Kg	脂肪	g	塩分	g		
摂取率	主食(%)	副食(%)	特記事項							
全粥をミキサーしている場合、「全粥」と「ミキサー」の両方にチェック	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 治療食((施設での名称) <input type="checkbox"/> 飯 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> 生食量(g) <input type="checkbox"/> 粥状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> おにぎり(ケ) <input type="checkbox"/> 水切り <input type="checkbox"/> その他()	主食がゼリーなど特殊な場合は、ここに記入								
嚥下調整食を提供している場合、記	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> きざみ(カットサイズ mm) <input type="checkbox"/> ミキサー・ペースト状 <input type="checkbox"/> ゼリー状 ※ とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ 自施設食形態一覧表(添付) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 学会分類2021	商品名や使用量などを記入								
学会分類2021	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j	(例:アレルギー、水分量、薬の相互作用など) 「水分摂取不足」や「水分制限〇〇ml」などの情報もここに記入								
食事方法	食事回数	()回/日	食事に要する時間: <input type="checkbox"/> ~30分 <input type="checkbox"/> 30分~							
	介助方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	主食・副食ともに増粘剤を使用している場合、使用品が違えばそれぞれ記入							
水分形態	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン(大・小) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン(大・小)	分量(g)や濃度(%)など分かれば具体的に記入							
	姿勢むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/>	増粘剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(使用品名 () (使用量 ())) 形状 <input type="checkbox"/> 段階1(薄い・ウスターソース状) <input type="checkbox"/> 段階2(中間・ポタージュ状) <input type="checkbox"/> 段階3(濃い・ハチミツ状) <input type="checkbox"/> その他							
咀嚼	咀嚼	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや問題がある <input type="checkbox"/> できない	看護師や介護士がとろみをつけていて濃度がわからない場合などは、その旨を特記事項に記入							
	摂食障害	<input type="checkbox"/> あり(部位 ()) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 下痢ぎみ <input type="checkbox"/> 便秘ぎみ(下剤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> あり(部位 ()) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	摂食障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 開口困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 口内残留 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
本人の嗜好や家族の希望	食事内容の変更経過や申し送りたい事項などを記入									
特記事項	(ここに記入)									
記入年月日	/ /									
施設名					担当者					
					連絡先					

