

「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								
	☐ 経口 ☐ 経腸 → ☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ その他() ☐ 経静脈 → ☐ PPN ☐ 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()								
	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									
☐ 一般食 ☐ 治療食((施設での名称)) ☐ 粥 ☐ パン ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ 分粥 ☐ 重湯 ☐ 生食量(g) ☐ ゼリー状 ☐ ミキサー ☐ とろみ ☐ おにぎり(ケ) ☐ 水切り ☐ その他()									
嚥下調整食を提供している場合、記									
☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ ひとくち大 ☐ きざみ(カットサイズ mm) ☐ ミキサー・ペースト状 ☐ ゼリー状 ※ とろみ ☐ なし ☐ あり ※ 自施設食形態一覧表(添付) ☐ なし ☐ あり 学会分類2021									
☐ なし ☐ あり 商品名や使用量などを記入()									
学会分類2021 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2-2 ☐ 2-1 ☐ 1j ☐ 0t ☐ 0j									
特記事項 (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: ☐ 〜30分 ☐ 30分〜							
	介助方法	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 完全介助							
	使用器具 姿勢 む せ	☐ 箸 ☐ スプーン(大・小) ☐ 箸 ☐ スプーン(大・小) ☐ 座位 ☐ リクライニング() ☐ 座位 ☐ リクライニング() ☐ なし ☐ ときどき ☐ なし							
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	増粘剤の使用	☐ なし ☐ あり(使用品名()) (使用量())							
	形 状	☐ 段階1(薄い・ウスターソース状) ☐ 段階2(中間・ポタージュ状) ☐ 段階3(濃い・ハチミツ状) ☐ その他							
咀嚼	咀 嚼	☐ 自歯 ☐ 義歯(☐ 総義歯 ☐ 部分義歯) ☐ その他()							
	嚥下	☐ 問題なし ☐ 見守り ☐ やや問題がある ☐ できない							
摂食障害	摂食障害	☐ あり(部位()) ☐ なし							
	開口困難	☐ あり(部位()) ☐ なし							
内 容	内 容	☐ あり(部位()) ☐ なし							
	内 容	☐ あり(☐ 右 ☐ 左)							
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	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								
記入年月日	/ /								
施設名					担当者				
					連絡先				