

医療機関→他施設

(別紙様式12の5)

記入日 年 月 日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	()歳
身長	cm (測定日 年 月 日)	□計測不能		BMI	kg/m ² □算出不能
体重	kg (測定日 年 月 日)				
体重変化	変化なし・過去()週間・カ月 / 増加・減少			変化量	kg
栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)					
【GLIM基準による評価 (□非対応)※1】 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(□食事摂取量減少/消化吸収能低下、□疾病負荷/炎症)					
栄養補給に関する事項					
必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質	g		
摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質	g		
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)				
	嚥下調整食の必要性	主食	□無 □有(学会分類コード※2)		
		副食	□無 □有(学会分類コード※2)		
		とろみ	□無 □有(学会分類コード※2)		
□無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):				
経管栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):			
	□胃瘻				
	□その他				
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):			
	□中心				
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等					

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名: _____

担当管理栄養士名: _____

電話番号: _____ (FAX): _____

記入日： 年 月 日

医療機関・介護保険施設 ご担当者様

氏名	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	様			病名		
身長	cm (測定日 年 月 日)					
体重	直近(①):	kg (測定日 年 月 日)			BMI	直近(①): kg/m ²
	①から1か月前:	kg (測定日 年 月 日)				①から1か月前: kg/m ²
栄養補給に関する事項	必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	
	摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	
	経口栄養 □無	食種	食		補助食品	□無 □有(商品名: 提供時間:)
		主食	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他()			
		副食	□普通 □軟菜 □嚥下調整食(コード ^{※1} :) □その他()			
とろみ	□無 □有(□薄い □中間 □濃い) ^{※1}					
経管栄養 □無	□経鼻 □胃瘻 □腸瘻	製品名: 備考 ^{※2} ()				
静脈栄養 □無	□末梢 □中心	製品名・投与量等:				
食事に関する留意事項	食物アレルギー	□無 □有()				
	その他禁止食品	□無 □治療による禁止有り() □嗜好による禁止有り()				
	その他問題点	□無 □姿勢保持不良 □食事への注意散漫 □食事時の傾眠 □食物の溜め込み □嚥下障害 □咀嚼困難 □口腔内残渣 □その他()				
入所中の経過・栄養食事相談の内容等						

※1: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」

※2: 投与方法や投与速度を必要に応じて記入すること

問合せ先 施設名: _____
 担当管理栄養士名: _____
 電話番号: _____ (FAX): _____