栄養情報提供書（施設間移動用）

取扱注意

※この情報は当院、当施設に入院、利用中に提供していた食事内容の情報です。服薬等の情報については、診療情報提供書等でご確認ください。

記入日　　　　　　年　　月　　日

所属名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理栄養士・栄養士名

**記載項目については、可能な限り御記入ください。**

連絡先　電話　　　(　　)　　　　　(内線)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | 男・女 | 介護度 |  |
| 疾患・既往歴・認知症・褥瘡など |
| 様(ID: ) | □誤嚥性肺炎の既往　 | □褥瘡　 | □認知症 |
| □糖尿病 | □腎臓病 | □貧血 | □脳血管疾患 |
| □その他 |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |  | 歳 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長 |  | cm | 測定日： | 年 | 月 | 日 | 血液検査値 | 検査年月日 | (平成　年　月　日) |
| 体重 |  | kg | 測定日： | 年 | 月 | 日 | Alb |  | g/dl |  |  |  |
| BMI |  |  |  | HbA1c |  | ％ |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 歯の状態 | □歯有り | 【上： | □自歯 | □義歯 | （□総 | □部分） | 下： | □自歯 | □義歯 | （□総 | □部分）】 | □歯無し |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経口栄養 | 摂取方法 | □自立 | □見守り | □一部介助 | □半介助 | □全介助 | 食事環境の整備(□有・□無) |
| 注意事項 | □複数回嚥下 | □交互嚥下 | □その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　 |
|  | 主食 | □米飯 | □全粥 |  | □（　　　　） | 粥 | □その他( |  ) |
| 食種 |  | 食 | 学会分類2013 |  | 0ｊ ・ 0ｔ ・ 1ｊ ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4 |
|  | 副食 | □加工なし | □きざみ・(2～3cm角・1～1.5cm角・0.5cm角) |
| エネルギー |  　　　　　　　 | kcal | □ペースト状　 | □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  |  |  | 学会分類2013 | 0ｊ ・ 0ｔ ・ 1ｊ ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4 |
| たんぱく質 | 　　　　　　　 | g | 水分 | 水分補給時提供飲料 |
|  |  |  | □水　 | □お茶 | □牛乳 | □Caジュース | □乳酸菌飲料 |
| 食塩相当量 | 　　　　　　　 | g | □水分ゼリー | □とろみ水 | □その他（　　　　　　　　　　　） |
|  | とろみ | □不要 | □必要 | （とろみ剤名称：  | ） |
| (　　　　　) | 　　　　　　　 |  | 学会分類2013 | □薄いとろみ | □中間のとろみ | □濃いとろみ |
|  | 使用食器 | □箸 | □スプーン | □フォーク | □自助具 | □自助食器 |
| (　　　　　) | 　　　　　　　 |  | □特記事項 |  |  |
|  |
| 水分量（食事以外の水分） | ＊食事の際に使用している手 | （□右 | ・ □左 | ・ □不明） |
| 1日合計平均 | 　　　　ml | 栄養補助食品 | □無　 | □有 |  |
|  | 補助食品名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 提供時間 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 好きな食べ物 | 内容： |  |  | 嫌いな食べ物 | 内容： |  |
| （　□無　・　□有　） | （　□無　・　□有　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経管栄養 | 品名・容量 | 品名（ | 　　　　　　　　　　 ） | 容量（ | 　　　 　） | ml× | (　　　) | 回 |
| 指示量(kcal) | 総エネルギー | （　　　　　　　　　） | kcal |
| 水分(ml) | 水分（ |  | ）ml×（ |  | ）回 |  |  |
| 特記事項 | □経鼻栄養 | □胃瘻 | 　□その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事摂取状況 | 主食 |  | 割 | 副食 |  | 割 | 平均食事時間 |  | 分 |
| 姿勢 | □30度 | □45度 | □60度 | □90度 | □椅子座位 | 頸部前屈 | □無 | □有 |
| 頸部後屈 | □無 | □有 |
| 食物アレルギー | 内容： | 服薬による禁忌 | 内容： |
| (□無・ | □有） | (□無・ | □有） |
| 食事に関する問題点（□無・□有） | □食物認識障害 | □嚥下障害 | □咀嚼困難 | □義歯不咬合 | □麻痺( □右 ・ □左　) |
| □食べこぼし | (□多・ | □ 少) | □口内残留 | □開口困難 | □食欲低下 | □異食 |
| □その他（ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 食事に関する本人及び家族の要望 |  |
| 特記事項 |  |

ご不明な事項については、上記連絡先に直接ご連絡いただければ幸いです。よろしくお願い致します。

東京都西多摩保健所　作成（協力：東京都西多摩保健所特定給食施設協議会）