

「お食事連絡票」は、入院（入所）中の食事や栄養について、病院や施設の管理栄養士が記載する連絡票です。
必要に応じて管理栄養士あてに依頼してください。

お食事連絡票

年 月 日 作成

介護保険を使われている方は、ケアマネジャーさんに、この連絡票をお見せください。

1
作成者

施設名

職種・氏名

住所

電話・FAX

2
基本情報

ふりがな

氏名

様

男・女

生年月日

T S H 西暦 年 月 日 () 歳

3
主病名

食事の名称:

☐特別食 / 療養食()

4
栄養量等

エネルギー:

kcal

たんぱく質:

g

食塩:

g

未満

水分:

ml

栄養補助食品等

商品名

量

食事内容

5 食形態

主食

☐米飯

☐軟飯

☐全粥

☐その他()

副食

(おかず)

☐そのまま

☐一口大

☐刻み

☐歯ぐきでつぶせる硬さ

☐舌でつぶせる硬さ

☐粒のあるペースト状

☐粒のないペースト状

☐ムース状

☐とろみ状

☐ゼリー状

6 飲水

☐指示なし

☐指示あり→【飲水量】()ml/日

【水分形状】☐通常

☐水分とろみ(濃い・中間・薄い)

☐ゼリー状

7 禁止食品

☐無

☐有()

8 食物アレルギー

☐無

☐有()

9 服薬

☐無

☐有()

10 食のしこう

好きな食品・料理:

嫌いな食品・料理:

栄養および身体状態等

11 食事摂取量

主食: _____ 割

副食(おかず): _____ 割 ※

12 えん下

☐問題なし

☐時々むせる

☐いつもむせる

(どのようなときにむせるか

_____)

13 身体測定

身長: _____ cm

体重: _____ kg

(BMI: _____)

測定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

14 血液検査

Alb(アルブミン値): _____ g/dl

その他(_____): _____

検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

15 食事介助

☐自力摂取

☐一部介助

☐全介助※

16 食事姿勢

☐座ったまま食べることができる

☐座って食べることが難しい

☐椅子

☐車椅子

☐ベッド上

17 介護食器

☐有(使っているもの

_____)

☐無

18 自由記載欄

(※について特記事項があればここに記載する)

配慮してほしいこと

この様式は、大和センターのホームページ「厚木保健福祉事務所大和センター

栄養サマリー・お食事連絡票」よりダウンロードできます

または、右横の二次元コードを読み取ることで様式がダウンロードできます



神奈川県厚木保健福祉事務所大和センター 地域食生活対策推進協議会 令和8年1月改定版

「お食事連絡票」活用のながれ

病院・介護老人保健施設（管理栄養士・栄養士が作成）

依頼

発行 ①

本人（家族）

依頼 ②

発行

居宅介護支援事業所（担当 介護支援専門員）

情報共有

情報提供

主治医

情報提供 ③

《介護保険サービス各種事業所》

通所介護

訪問看護

訪問介護

短期入所

通所リハビリ

①管理栄養士が必要に応じて、又は本人やご家族の依頼で本人(家族)にお渡しします。

②介護支援専門員からの依頼に応じて発行します。

③主治医や関係職種で情報共有をお願いします。