

「栄養情報提供書（栄養サマリー）」は、入院（入所）中の食事や栄養について、管理栄養士から医師・管理栄養士に栄養情報を提供するものです。

栄養情報提供書(栄養サマリー)

移動先の病院・施設名	_____年____月____日 作成		
担当医師又は管理栄養士： _____様	1 作成者	施設名	
上記担当者への説明日： _____年____月____日		職種・氏名	
		電話・FAX	

下記の(入所者・患者)様の栄養管理情報を提供します。御不明点は作成者にお問い合わせください。
なお、この情報を提供することについては、ご本人もしくはご家族の方の了解を得ております。

2 基本 情報	ふりがな		男・女	3 主 病 名	
	氏 名	_____様			
	生年月日	T S H 西暦 _____年____月____日 () 歳			

食事 内容	4 提供栄養量 栄養補給法	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	食塩 (g)	☐ 一般食 ☐ 特別食 / 療養食 ()	
	内 訳	経口摂取					経管栄養の場合は、商品名、量×回数、時間、追加水などを記載する(経腸栄養剤含む)
		経管栄養					
		静脈栄養					
5 食形態	主食	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他()			主食量 g	●食形態名称	
	副食	☐ コード0(t・j) ☐ 1 ☐ 2(2-1・2-2) ☐ 3 ☐ 4 ☐ 問題なし					
6 栄養補助食品	☐ 有 (商品名) ☐ 無						
7 水分摂取状況	摂取量()ml/日 水分とろみ ☐ 不要 ☐ 要 (濃い・中間・薄い) ☐ ゼリー状						
8 禁止食品	☐ 有 () ☐ 無 ☐ 未把握						
9 食物アレルギー	☐ 有 () ☐ 無						
栄養 および 身体 状態 等	10 食欲	☐ 有 ☐ 無 (いつ頃から)					
	11 摂取量	主食：_____割 副食：_____割 ※					
	12 嚥下	☐ 問題なし ☐ 時々むせる ☐ いつもむせる (どのような時にむせるか：)					
	13 義歯	☐ 有 (使用している ・ 合わないので使用はしていない) ☐ 無					
	14 身体測定	身長：_____cm 体重：_____kg (BMI：_____) 体重減少率：_____ % / _____ヶ月 (測定日 _____年____月____日)					
	15 血液検査	Alb：_____g/dl その他() 検査日 _____年____月____日					
	16 褥瘡	☐ 有 ☐ 無 ※					
17 GLIM基準による評価	[☐ 非対応] 判定： ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養相当 ☐ 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)						
A D L	18 食事介助	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (備考：_____)					
	19 食事姿勢	☐ 座位保持可能(自立) ☐ 自立困難(介助内容：_____)					
		☐ 椅子 ☐ 車椅子 ☐ ベッド上 ()					
20 介護食器	☐ 有 () ☐ 無						
21 自由記載欄 (※について特記事項があれば こちらに記載する)	栄養ケアで特に注意喚起する事柄・嗜好等あれば						