

【新川管内版】簡易式栄養管理等に関する情報連絡票(第6版)

下記の患者様について、情報提供いたします。

- (1) 病院・施設に入退院(転院)される方へ: 本紙を必ず受け入れ先の**栄養士**へお渡しください。
- (2) 自宅に退院される方へ: 介護保険サービスを利用している場合は、**ケアマネジャー**にお渡しください。

記入日: R[]年[]月[]日

患者氏名 : []		性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢: [] 歳	介護度: <input type="checkbox"/> 要支援 [] <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要介護			
直近の栄養状態(低栄養のリスク) : <input type="checkbox"/> 栄養状態良好(低リスク) <input type="checkbox"/> 中等度栄養不良(中リスク) <input type="checkbox"/> 高度栄養不良(高リスク)							
身体状況等	現病歴や既往歴 : [] / 誤嚥性肺炎の既往歴 : [<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有]						
	身長 : [] cm	体重 : [] kg / 測定日 : R []年 []月 []日					
	BMI : [#DIV/0!] kg/m ²	過去 [] 週間の体重変化: [<input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 増加] [] % / 浮腫: [<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有]					
	標準体重: [0] kg	麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []			褥瘡: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []		
	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	咀嚼障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		嚥下障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
食形態の分類		飲み込むことに問題			かむことに問題		
UDF		かまなくてよい(ゼリー状)			かまなくてよい		
特別用途食品えん下困難者用		許可基準 I	許可基準 II	許可基準 III		舌でつぶせる	舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・容易にかめるの一部
スマイルケア食		0	1	2	2	3	4
学会分類2021		0j	1j	2-1	2-2	3	4
		たんぱく質が少なく離水がないゼリー状	ゼリー・プリン・ムース状	均質で滑らかなピューレ・ペースト・ミキサー状	やや不均質なピューレ・ペースト・ミキサー状	舌でつぶせるかたさ	歯茎でつぶせるかたさ
主食	該当 <input checked="" type="checkbox"/>	名称	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	盛りつけ量		[] g	[] g	[] g	[] g	[] g
副食	該当 <input type="checkbox"/>	名称	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
摂取栄養量(日)							
入院(所)中の平均食事摂取量: 主食 [] 割 副食 [] 割 ※その栄養量等は下記参照(栄養補助食品を除く)							
エネルギー: [] kcal / [#DIV/0!] kcal/現体重kg				食塩相当量: [] g			
たんぱく質: [] g / [#DIV/0!] g/現体重kg				水分量: [] mL			
栄養補助食品: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [名称: [] / 提供量: [] kcal/日]							
とろみ調整の必要性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [濃度: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い] / とろみ調整食品名: []							
自助食器: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 右止め <input type="checkbox"/> 左止め]				治療食・特別食: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [食種名: []]			
項目(該当に <input checked="" type="checkbox"/>)		内容・対応等					
<input type="checkbox"/>	エネルギー制限	[] kcal/日 又は 指示単位: [] 単位/日					
<input type="checkbox"/>	塩分制限	<input type="checkbox"/> 6g/日未満 <input type="checkbox"/> その他 [] g/日未満					
<input type="checkbox"/>	カリウム制限	[] mg/日 又は <input type="checkbox"/> 生野菜禁 <input type="checkbox"/> 生果物禁 <input type="checkbox"/> その他 []					
<input type="checkbox"/>	ビタミンK制限	<input type="checkbox"/> 納豆禁 <input type="checkbox"/> その他 []					
<input type="checkbox"/>	水分制限	[] mL/日					
<input type="checkbox"/>	その他の制限	詳細: []					
<input type="checkbox"/>	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> その他 []					
<input type="checkbox"/>	その他禁止食品	<input type="checkbox"/> 嗜好: [] <input type="checkbox"/> 宗教上: []					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 薬物の相互作用: []					
<input type="checkbox"/>	経管栄養	投与方法: [<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻]			栄養剤名: []		
		投与量: [] kcal/日	投与速度: [] mL/h	追加水: [] mL/日			
備考欄							

新川圏域栄養管理体制整備事業ワーキンググループ2022.6改訂(第6版)

記入者: [] / 施設名・所属: [] / TEL: []

ご不明な点がございましたら、上記までご連絡ください。