

【新川管内版】栄養情報提供書(連絡票)

記入日: R 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

【B011-6注2の場合】左記管理栄養士への説明
説明日: R 年 月 日

※担当医様へ: 本紙は必ず管理栄養士と共有してください。

下記の患者様について、情報提供いたします。

(かな) 様 性別 介護度 生年月日: 年 月 日 (歳)
氏名: 病名:

栄養管理の経過・栄養指導(相談)の内容等:

栄養状態の評価と課題:

GLIM基準による評価: 判定: 低栄養 (中等度低栄養 高度低栄養) 低栄養非該当

【評価日: R 年 月 日】 該当項目 表現型 (意図しない体重減少 低BMI 筋肉量減少)
(注)GLIM基準による評価をしている場合は記載すること。していない場合は非対応として下記にチェックすること。
病因 (食事摂取量減少/消化吸収能低下 疾病負荷/炎症)

GLIM基準以外の評価: (問題なし 過栄養 低栄養 (中等度低栄養 高度低栄養))

身体状況等に関する事項
身長: cm 計測不能 標準体重: 0.0 kg
体重: 直近(①) kg (測定日 R 年 月 日) ①から 週前 kg
BMI: 直近(①) #DIV/0! kg/m² ①から 週前 #DIV/0! kg/m²
体重変化: 変化なし 変化あり (/ 過去 0 週間で 0.0 kg #DIV/0! %)
浮腫: (部位:) 浮腫関連疾患:
麻痺: (部位:) 褥瘡: (部位:)
嚥下障害: () 咀嚼障害: ()
義歯: (種類:) 食事時装着なし ()
食欲低下: (必要Ene量の50%未満の摂取が1週間以上 2週間以上食事量低下 薬物の影響)

栄養補給に関する事項
設定: R6年4月5日 エネルギー(kcal) 蛋白質(g) 食塩相当量(g) R6年4月23日時点 エネルギー(kcal) 蛋白質(g) 食塩相当量(g)
必要栄養量/日 摂取栄養量/日
(現体重あたり) #DIV/0! #DIV/0! - (現体重あたり) #DIV/0! #DIV/0! -

経口摂取
食種: 一般食 治療食 () その他 ()
主食: 米飯 軟飯 全粥 その他 () とろみ調整:
嚥下調整食の必要性: ()
副食: 普通 軟菜 刻み ミキサー その他 () とろみ濃度:
嚥下調整食の必要性: () 自助具:
栄養補助食品: (商品名:)
提供時間: 提供量: kcal/日

経管栄養
無 有 ()
製品名: 速度: mL/h
投与法: 速度: mL/h
追加水: mL/日
投与量: 0 kcal/日
静脈栄養
無 有 ()
製品名: 速度: mL/h
投与量: 0 kcal/日

食事に関する留意事項
食物アレルギー: (該当食品:)
詳細:
治療等の指示: (内容: エネルギー 蛋白質 脂質 糖質 塩分 カリウム)
詳細:
その他禁食: (内容:)
食事の留意事項: 無 姿勢保持不良 (食事時の姿勢:) 注意散漫
傾眠・意識混濁 食物の溜め込み 口腔内残渣 固形物でむせ
水分でむせ 食事中・後に咳 その他 ()

備考

栄養管理連携ツール改訂ワーキング2024.6作成

記入者: 施設名・所属: TEL: