

【新川管内版】 栄養管理等に関する情報提供書(連絡票)

No. 1

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。

※太枠(特に太字ゴシック体の項目)は記入必須です。

患者氏名： 様 性別： 性 生年月日： 年 月 日 (歳)
入院日： R 年 月 日 退院(予定)日： R 年 月 日 介護度：

病名(傷病名)：

栄養管理の経過・栄養指導等の内容等：

栄養管理上の注意点・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 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。項目 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 その他())

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) ##### kg/m² ①から 週前 ##### kg/m²
体重変化： 変化なし 変化あり (/ 過去 0 か月間で 0.0 kg ##### %)
浮腫： (部位：) 浮腫関連疾患：
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)
消化器症状： (味覚障害： (症状等：)
下腿周囲長： cm 不明 握力： kg f 不明
嚥下障害： () 咀嚼障害： ()
義歯： (種類：) 食事時装着なし(理由：)
褥瘡： (部位：) DESIGN-R： 点 不明
麻痺： (部位：) 自助具： 検査値データの添付：
食事中の留意事項： 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()
特記事項

栄養補給法： *栄養量の設定についての補足等：
食事回数： 回/日 (内訳：)
1日栄養量 エネルギー量 たんぱく質量 食塩相当量 水分量
必要栄養量 ##### kcal/標準体重kg ##### g/標準体重kg 制限なし 制限なし
kcal/現体重kg ##### g/現体重kg ##### mL/現体重kg
摂取栄養量 ##### kcal/標準体重kg ##### g/標準体重kg 制限なし 制限なし
kcal/現体重kg ##### g/現体重kg ##### mL/現体重kg
上記摂取栄養量は、主食 割、副食 割、栄養補助食品等 の状況です

つづき(No.2)があります。

【新川管内版】 栄養管理等に関する情報提供書 (連絡票)

No. 2

退院時栄養食事内容	食種	一般食		特別食:	その他:()					
	制限	(エネルギー		蛋白質	脂質	糖質	食塩 カリウム V. K その他)			
	主食	朝	量	g/食		*上記制限の具体的内容:				
		昼		g/食						
		夕		g/食						
	副食	量(ハーフ食	通常量	増量	その他:()			
	栄養補助食品	名称:	提供量:		kcal/日	提供時間:				
	嚥下調整食	主食:	(学会分類2021のコード(嚥下調整食の場合は必須):)							
		副食:	(学会分類2021のコード(嚥下調整食の場合は必須):)							
	とろみ調整食品の使用	使用の有無	種類(製品名)			使用量(gまたは包)		濃度		
					mLに対し、					
禁止食品	食物アレルギー	対応の有無	内容: , , , , ,							
			詳細:()							
	その他の禁止食品	治療上:				宗教上:	()			
		服薬上:				その他:()				
その他影響する問題点:		(詳細:()								
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー(kcal)	たんぱく質(アミノ酸)(g)	脂質(g)	炭水化物(糖質)(g)	食塩相当量(g)	水分(mL)	その他	
		経口(食事)								
		経腸								
		静脈								
		経口飲水								
		合計	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	
	(現体重当たり)	#DIV/0!	#DIV/0!				#DIV/0!	#DIV/0!		
	経腸栄養詳細	投与経路	その他()							
		区分	朝			昼			夕	
		種類(名称)								
量(mL)										
投与速度		mL/h			mL/h			mL/h		
追加水分	mL			mL			mL			
静脈栄養詳細	投与経路	中心静脈の場合CVポートの設置:								
	種類(名称)									
	量(mL)									
	混注剤等									
今回の栄養指導	指導の有無:() (予定日時: R 年 月 日 時 分開始)									
備考										

栄養連携ツール改訂WG 2024.6作成

【記入上の注意】

1. 太字ゴシック体の項目は、原則記入すること。(青字はWGによる追加項目、緑字は栄養情報連携料等に対応項目)
2. 水色セルはプルダウンリストより選択すること。(橙色セルは自動計算)
3. 必要が有る場合には、別途記載して添付すること。
4. 地域連携診療計画に添付すること。
5. この連絡票は、2枚セットでお渡しすること。

【問合せ先(記入者連絡先)】

記入管理栄養士名	
施設名	
所属(部署等)	
TEL/FAX	

ご不明な点がございましたら、上記までご連絡ください。