

【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

※担当医様へ：本紙は必ず管理栄養士と共有してください。

【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

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：	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())							
身体計測・身体所見	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) 0.0 kg/m ²				①から 週前	0.0 kg/m ²	
	体重変化： 変化なし		変化あり (/ 過去 0 か月間で		0.0 kg	0.0 %)	
	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						
	栄養量の設定	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	
			kcal	g	g	mL	
必要栄養量		0.0 kcal/標準体重kg	0.0 g/標準体重kg	制限なし	制限なし		
		0.0 kcal/現体重kg	0.0 g/現体重kg		0.0 mL/現体重kg		
摂取栄養量		kcal	g	g	mL		
		0.0 kcal/標準体重kg	0.0 g/標準体重kg	制限なし	制限なし		
	0.0 kcal/現体重kg	0.0 g/現体重kg		0.0 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）				
	食事形態	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)	0.0	0.0				0.0	0.0				
	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													
次の栄養指導		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 2025.9作成Ver.2

【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。