

2024年4月作成

本様式はあくまで参考例であり、様式を指定するものではありません。

独自に様式がある場合を含め、施設に応じて作成ください。

(公社) 日本栄養士会医療職域

## 栄養情報提供書

記入日 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

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者氏名	男 女	生年 月日	年 月 日 ( ) 歳	
身長	cm (測定日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 計測不能	BMI	kg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 算出不能
体重	kg (測定日 年 月 日)			
体重変化	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )週間・ヵ月 / <input type="checkbox"/> 増加・ <input type="checkbox"/> 減少		変化量	kg
栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)				
【GLIM基準による評価( <input type="checkbox"/> 非対応※1)】 判定： <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養( <input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養)				
該当項目：表現型( <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因( <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化機能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)				
栄養補給に関する事項			食事の摂取割合	
必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	主食 %	
摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	主菜 %	副菜 %
食事内容(治療食、補助食品等)				
経口 摂取	嚥下 調整食の 必要性	主食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード※2)		
		主食の種類( )	主食量 :	
		副食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード※2)	量の調整： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有( )	
	とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード※2)	製品名 :		
<input type="checkbox"/> 無	自助食器の使用： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 食事摂取状況： <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等):			
経管	<input type="checkbox"/> 経鼻	留意事項(製品名、投与速度等) :		
栄養	<input type="checkbox"/> 胃瘻			
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> その他			
静脈	<input type="checkbox"/> 末梢	留意事項(製品名、投与速度等) :		
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 中心			
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等				
LIFE項目なども踏まえてフリー記載とする				

※1GLIM基準による評価を行なっている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問い合わせ先

医療機関名 :

担当管理栄養士名 :

電話番号 :

(FAX) :