

栄養管理情報提供書

取扱注意

紹介先
 担当医師、管理栄養士 様

問い合わせ先

記入日

2025/10/10

施設名	泉大津急性期メディカルセンター	所属	栄養管理室
担当管理栄養士		電話番号	0570-021199
住所	大阪府泉大津市我孫子97-1	FAX	0725-58-8231

左記管理栄養士への説明日、本人への説明 2025/10/10

【1 基本情報】

フリガナ		患者番号	
氏名	様	性別	
生年月日		入院日	

【2 身体状況】

身長	cm	測定日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 計測不能	BMI	#DIV/0!	kg/m ²
体重	kg	測定日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 算出不能	
入院時体重	kg	入院時BMI	#DIV/0!	kg/m ²	<input type="checkbox"/> 算出不能	標準体重	0 kg
体重変化	変化なし・過去 () 週間・ヶ月 / 増加・減少			変化量	0 kg	義歯の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
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】 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"/> 摂取量減少/消化吸収機能低下 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)							

【3 栄養補給に関する事項】

必要栄養量	エネルギー: kcal	たんぱく質: g
摂取栄養量	エネルギー: kcal	たんぱく質: g
経口摂取 <input type="checkbox"/> 無	食事内容 (治療食、補助食品など)	
	食種	
	特別指示	
	栄養補助食品	
	フリーコメント	
	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 <input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 副食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 学会分類コード <input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 水分とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 学会分類コード <input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間とろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ
留意事項 (食物アレルギー、その他禁止食品等)		
食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		

経管栄養 <input type="checkbox"/> 無	経路 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()
	留意事項 (製品名、投与速度など) 種類 投与量 kcal

静脈栄養 <input type="checkbox"/> 無	留意事項 (製品名、投与速度など)
	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心

【4 入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等】

--