

「栄養サマリー」記入上の注意点

※必ずしも全ての内容を記入する必要はありません。
分かる範囲での記入をお願いします。

***** 栄養サマリー *****

下記の(利用者・患者)様について栄養管理情報を提供します。
この情報については療養者本人もしくは家族の方の了解を得ています。

| | | | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|-----|------|---------|---|----|----|---|
| 氏名 | | | | 男・女 | 生年月日 | M・T・S・H | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| 身長 | cm | 体重 | kg | BMI | | | / | 現在 | | |
| 現病名 | | | | 既往歴 | | | | | | |

併用の場合、
すべてにチェック

- 経口
経腸 → 経鼻 胃ろう 腸ろう その他()
経静脈 → PPN TPN

例えば、半固形の栄養剤を使用している場合、「誤嚥しやすい」や「時間短縮」などの理由があればここ

栄養

| | | | | | | |
|------|----------------------------|------------|----------------------|------|----------|--|
| 摂取手段 | 商品名()・投与量(kcal/日)・与時間() | | 回数(回/日)・追加水分(ml/日) | | 形状の理由() | |
| 必要量 | エネルギー | たんぱく質 | 脂肪 | 塩分 | | |
| 提供量 | ()g/標準体重kg | ()g/現体重Kg | ()g | ()g | | |
| 摂取率 | ()% | ()% | 特記事項 | | | |

提供量に対する
摂取率

主食がゼリーなど特殊な場合は、ここに記入

全粥をミキサーしている場合、「全粥」と「ミキサー」の両方にチェック

一般食 治療食 (施設での名称)
飯 パン 軟飯 全粥 ()分粥 重湯 生食量(g)
粥状 ミキサー とろみ おにぎり(ヶ) 水切り その他()

嚥下調整食を提供している場合、記

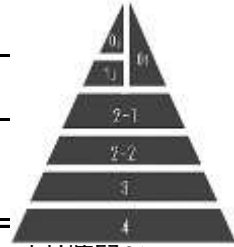
常菜 軟菜 ひとくち大 きざみ(カットサイズ mm) ミキサー・ペースト状 ゼリー状
 ※ とろみ なし あり ※ 自施設食形態一覧表(添付) なし あり 学会分類2021

商品名や使用量などを記入

学会分類2021 4 3 2-2 2-1 1j 0t 0j

特記事項

(例:アレルギー、水分量、薬の相互作用など)
「水分摂取不足」や「水分制限〇〇ml」などの情報もここに記入



| | | |
|------|--|---|
| 食事回数 | ()回/日 | 食事に要する時間: <input type="checkbox"/> ~30分 <input type="checkbox"/> 30分~ <input type="checkbox"/> 1時間~ |
| 介助方法 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 | |
| 使用器具 | <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン(大・小) | |
| 姿勢 | <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング() | |
| むせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> | |

主食・副食ともに増粘剤を使用している場合、使用品が違えばそれぞれ記入

g数や%濃度など分かれば
具体的記入

| | | |
|------|--------|---|
| 水分形態 | 増粘剤の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(使用品名) (使用量) |
| | 形状 | <input type="checkbox"/> 段階1(薄い・ウスターソース状) <input type="checkbox"/> 段階2(中間・ポタージュ状) <input type="checkbox"/> 段階3(濃い・ハチミツ状) <input type="checkbox"/> その他 |

看護師や介護士がとろみをつけていて濃度がわからない場合などは、その旨を特記事項に記入

| | | | | |
|----|----|---|------|---|
| 咀嚼 | 咀嚼 | <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯) <input type="checkbox"/> その他() | 摂食障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや問題がある <input type="checkbox"/> できない | 開口困難 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | | <input type="checkbox"/> あり(部位) | 口内残留 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 下痢ぎみ <input type="checkbox"/> 便秘ぎみ(下剤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | | |
| | | <input type="checkbox"/> あり(部位) | | |
| | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) | | |

食事内容の変更経過や申し送りしたい事項などを記入

| | | |
|-------------|-----|--|
| 本人の嗜好や家族の希望 | | |
| 特記事項 | | |
| 記入年月日 | / / | |
| 施設名 | 担当者 | |
| | 連絡先 | |