

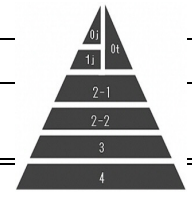
***** 栄養サマリー *****

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	様	性別	生年月日	西暦	年	月	日	歳
身長	cm	体重	kg	BMI				/ 現在
現病名				既往歴				

栄養	摂取手段	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経静脈 → <input type="checkbox"/> PPN <input type="checkbox"/> TPN 商品名() 投与量(kca/日) 投与時間() 回数(回/日) 追加水分量(ml/日)							
	必要量	エネルギー	Kcal/標準体重kg	たんぱく質	g/標準体重kg	脂肪	g	塩分	g
	提供量 (栄養補助食品を含む)	エネルギー	Kcal/標準体重kg	たんぱく質	g/標準体重kg	脂肪	g	塩分	g
	摂取率	主食(%)		副食(%)		特記事項			

食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 治療食(施設での名称)						
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> 重湯 主食量(g) <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> おにぎり(ケ) <input type="checkbox"/> 水切り <input type="checkbox"/> その他()						
	副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> きざみ(カットサイズ mm) <input type="checkbox"/> ミキサー・ペースト状 <input type="checkbox"/> ゼリー状 ※とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※自施設食形態一覧表(添付) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	栄養補助食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
	学会分類2021	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j						
	特記事項	(例:アレルギー、水分量、薬の相互作用など)						



食事方法	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 <input type="checkbox"/> 全介助				
	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン(大・小) <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> 自助具()				
	姿勢	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング(角度 度)				
	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> あり				

水分形態	増粘剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(使用食品名) (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				

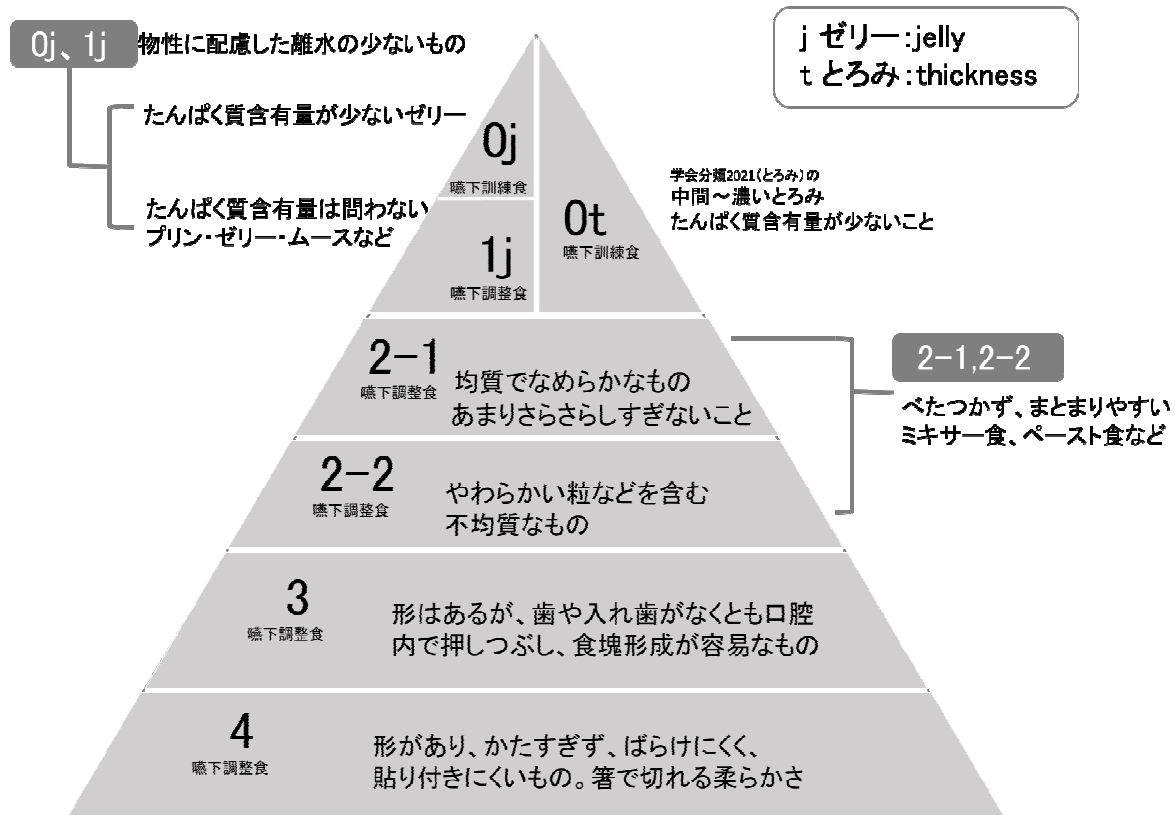
咀嚼・嚥下状態	咀嚼	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯) <input type="checkbox"/> その他()			
	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや問題がある <input type="checkbox"/> できない			

身体状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)		摂食障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	排便	<input type="checkbox"/> 問題なし <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)		開口困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	むくみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)		口内残留	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)				

特記事項						
------	--	--	--	--	--	--

記入年月日	西暦	年	月	日		
施設名				担当者		
				連絡先	-	-

学会分類2021



「日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021」を参考に作成

※形態、特色などお詳細は「嚥下調整食学会分類2021」の本文及び、学会分類2021(食事)早見表をご確認ください。



日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021

P5に「学会分類2021(食事)早見表」があります。