

計画作成日 . . .

病 棟

担当医師名

担当管理栄養士名

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |  |   |                                  |  |  |
|---|--|---|----------------------------------|--|--|
| 目標  |  |   |                                  |  |  |
|   |  |   |                                  |  |  |
| 栄養補給に関する事項  |  |   |                                  |  |  |
| 栄養補給量<br>・エネルギー            kcal    ・たんぱく質            g<br>・水分                          ・<br>・                                 ・ |  | 栄養補給方法    □経口            □経腸栄養            □静脈栄養<br><br>嚥下調整食の必要性<br>□なし   □あり（学会分類コード：                      ）<br><br>食事内容<br><br>留意事項 |                                  |  |  |
| 栄養食事相談に関する事項  |  |   |                                  |  |  |
| 入院時栄養食事指導の必要性   |  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容  | 実施予定日：            月            日 |  |  |
| 栄養食事相談の必要性  |  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容  | 実施予定日：            月            日 |  |  |
| 退院時の指導の必要性  |  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容  | 実施予定日：            月            日 |  |  |
| <u>備考</u>   |  |   |                                  |  |  |
| その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項   |  |   |                                  |  |  |
|   |  |   |                                  |  |  |
| 栄養状態の再評価の時期   |  | 実施予定日：            月            日  |                                  |  |  |
| 退院時及び終了時の総合的評価  |  |   |                                  |  |  |