

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 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・ ・ ・		栄養補給方法 □経口 □経腸栄養 □静脈栄養 嚥下調整食の必要性 □なし □あり（学会分類コード： ） 食事内容 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					