

栄養管理計画書

計画作成日 _____

フリガナ

氏 名 _____ 殿 (男・女)

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

入院日； _____

病 棟 _____

担 当 医 師 名 _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

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 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	
備考			
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			