

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 <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					