

栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

| | | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|---------------------------------|---|----------------------------|
| 患者氏名 | | 患者ID | | 性：男・女 | 年齢 | 歳 | 入院日 | 年 月 日 |
| 病棟 | | 主治医 | | NST患者担当者 | | | 初回回診日 | 年 月 日 |
| NST回診実施者名 | 医師 | 看護師 | | 薬剤師 | | | 管理栄養士 | |
| NST回診実施者名 | 歯科医師 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | | PT・OT・ST MSWほか | | | NST専従者氏名 | |
| 現疾患 | | 褥瘡 | なし あり() | 嚥下障害 | なし あり() | | 前回回診日 | 年 月 日 |
| その他の合併疾患※1 | | 感染症 | なし あり() | 社会的問題点 | なし あり() | | 回診日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm | 現体重 | 浮腫 有 □ 無 □ kg | BMI: | 標準体重 (BMI=22) | kg | 通常時体重 | kg |
| 栄養評価 | 主観的栄養評価 | アルブミン (g/dL) | リンパ球数 (/mm ³) | ヘモグロビン (g/dL) | 中性脂肪 (mg/dL) | トランスサイレチン (TTR:プレアルブミン) (mg/dL) | | 総合評価 (栄養障害の程度) |
| | 良・普通・悪 | 検査日 月 日 | 検査日 月 日 | 検査日 月 日 | 検査日 月 日 | 検査日 月 日 | 検査日 月 日 | 良・軽度・中等度・高度 |
| 前回との比較 | 改善・不変・増悪 | 改善・不変・増悪 | 改善・不変・増悪 | 改善・不変・増悪 | 改善・不変・増悪 | 改善・不変・増悪 | 改善・不変・増悪 | 改善・不変・増悪 |
| 栄養管理法 | | | | | | | | |
| 経口栄養 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 学会分類コード:() <input type="checkbox"/> 濃厚流動食・経腸栄養剤 | | 経腸栄養※2 | <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 経鼻() <input type="checkbox"/> 胃瘻() <input type="checkbox"/> 腸瘻() | | 経静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー) | |
| 栄養投与法の推移(前回との比較) (例:経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養) | | | | <input type="checkbox"/> 無 () → () | | | | |
| 投与組成・投与量(該当無しの場合□にチェックを入れること) | | | | | | | | |
| | 水分量 (ml/日) | エネルギー (kcal/日) | たんぱく質・アミノ酸 (g/日) | | | | | |
| 前回栄養管理プラン※3 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 実投与量 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 投与バランス※4 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 新規栄養管理プラン | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 栄養管理上の注意点・特徴※5 | | | | | | | | |
| 活動状況・評価 | | | | | | | | |
| 他チームとの連携状況 | 摂食嚥下支援チーム (あり なし) | 褥瘡対策チーム (あり なし) | 感染制御チーム (あり なし) | 緩和ケアチーム (あり なし) | その他のチーム (チーム) | | | |
| 治療法の総合評価※6 【 】 ①改善 ②不変 ③増悪 | 【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 2. 血液学的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 3. 摂食・嚥下状態: 改善度 5・4・3・2・1 4. 褥瘡: 改善度 5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力: 改善度 5・4・3・2・1 6. 7. | | | | | コメント※8 【入院中・転院・退院】: | | |

※1:褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2:投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。

※3:初回時には記載を要しない。

※4:必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※5:栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※6:栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※7:評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5:極めて改善」「4:改善」「3:不変」「2:やや悪化」「1:悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※8:治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合には、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。