

(別紙様式12の5)

記入日 年 月 日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者 氏名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日	
				()歳	
身長	cm (測定日 年 月 日)		□計測不能		
体重	kg (測定日 年 月 日)			BMI	kg/m ² □算出不能
体重変化	変化なし ・ 過去()週間・カ月	／	増加 ・ 減少	変化量	kg

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)

【GLIM基準による評価 (□非対応)※1】判定: □ 低栄養非該当 □ 低栄養(□中等度低栄養、□重度低栄養)

該当項目: 表現型(□体重減少、□低BMI、□筋肉量減少) 病因(□食事摂取量減少/消化吸收能低下、□疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項

必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	
摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質 g	
経口 摂取	食事内容(治療食、補助食品等)		
	嚥下 調整食の 必要性	主食	□無 □有 (学会分類コード※2)
		副食	□無 □有 (学会分類コード※2)
		どろみ	□無 □有 (学会分類コード※2)
		留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):	
経管 栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):	
	□胃瘻		
	□その他		
	静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):
	□無	□中心	

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名:

担当管理栄養士名:

電話番号: (FAX):