

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					