							記入日		年	月	日
情報提供先医療機関·施設名									【注20)場合】	
担当医師又は管理栄養士										管理栄養士へ	の説明日
										年 月	l B
+ +						男	4 4		··············· 年		В
患者 氏名						· 女	生年 月日			()歳
 身長			cm ()	 則定日 年	 月	日)	□計測不能			<u> </u>	
体重				則定日 年		日)		ВМІ		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/消化吸収能低下、□ 疾病負荷/炎症)											
			沙、口 低B	MI、□ 筋肉量減	少) 病因	(口食	事摂取量減	少/消化吸	収能低下	、□ 疾病負荷/炎	症)
	給に関す		. L	kcal	+- 4	こっぱくを	近	~			
必要栄養量 摂取栄養量		エネルギー		kcal	たんぱく			g			
以以不良里		食事内容(治療食、補助食品等)						5			
	調整食の 品 必要性 と 留意事項(食			主食 □無 □有(学会分類コード※2) 副食 □無 □有(学会分類コード※2) とろみ □無 □有(学会分類コード※2) (食物アレルギー、その他禁止食品等):							
	□無	□ 経鼻	留意事〕	項(製品名、投与	- 速度等):					
	経管 栄養	□ 程第				,					
	□無	□ その他	-								
静脈栄養		□末梢	留意事功	項(製品名、投与	速度等):					
	口無 口中心										
₩1 GLIM	基準による		ている場合に	ま、記載すること。 分類		ない場合	合は、非対応	「にチェック」	すること。		
問合せ		医療 当管理栄	機関名:								
	74		話番号:				(FAX):			