

計画作成日 . . . . .

病 棟

担当医師名

担当管理栄養士名

--

【GLIM基準による評価（□非対応）※】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）

栄養管理計画

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									