

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 kg	浮腫 有□無□	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 良・普通・悪	アルブミン(g/dL) 検査日月日	リンパ球数(/mm ³) 検査日月日	ヘモグロビン(g/dL) 検査日月日	中性脂肪(mg/dL) 検査日月日	トランスサイレチン(TTR:プレアルブミン)(mg/dL) 検査日月日	総合評価(栄養障害の程度) 良・軽度・中等度・高度 検査日月日
	前回との比較	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪	改善・不变・増悪
栄養管理法							
経口栄養	□ 普通食 □ 咀嚼困難食 □ 嚥下調整食 学会分類コード:() □ 濃厚流動食・経腸栄養剤	□ 該当なし	経腸栄養※2	□ 該当なし 経鼻() □ 胃瘻() □ 腸瘻()	経静脈栄養	□ 末梢静脈栄養 □ 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)	□ 該当なし
栄養投与法の推移(前回との比較) (例:経腸栄養 → 経口栄養 → 中心静脈栄養)			□無 () → ()				
投与組成・投与量(該当なしの場合□にチェックを入れること)							
前回栄養管理プラン※3	水分量(ml/日)	エネルギー(kcal/日)	たんぱく質・アミノ酸(g/日)				
実投与量	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
投与バランス※4	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
新規栄養管理プラン	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□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不变 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:不变」「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」の場合にあっては、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。