栄養サマリー

施設宛
担当栄養士様

氏名	ふりがな 様		☐ 男 ☐ 女	
生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭　年　月　日（　歳）			
身長	cm（　年　月）	体重	kg（　年　月）	
体重変化	（　）か月に ☐ +☐ −（　）kg	アルブミン値	（　年　月）	
☐ 経口	治療食対応	☐ 無☐ 有 → ☐ 糖尿☐ 腎臓☐ 心臓☐ 高血圧☐ 潰瘍☐ その他（　）		
	提供量	エネルギー　kcal　たんぱく質　g		
	補助食品 ☐ 無 ☐ 有	提供量　kcal/日　内容:		
		理由 : ☐ 低栄養 ☐ 嚥下障害 ☐ 褥瘡 ☐ 献立に含む ☐ 備考欄に記入		
	平均摂取量	主食　割　副食　割　（転院前1週間の平均）		
	主食	朝（　）昼（　）夕（　）		
	副食	☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ ミキサー ☐ ミキサートロミ付 ☐ ゼリー状 ☐ 21～30ﾐﾘ ☐ 11～20ﾐﾘ ☐ 6～10ﾐﾘ ☐ ～5ﾐﾘ ☐ あんかけ ☐ その他（　）		
	朝の飲み物	☐ 牛乳 ☐ その他（　）		
	水分嚥下	☐ 問題あり ☐ 問題なし	水分の形状	☐ お茶トロミ ☐ お茶ゼリー ☐ 汁物トロミ ☐ 汁物ゼリー
	禁忌食材	☐ アレルギー : ☐ 嗜好による :		
☐ 経管	☐ 胃瘻 ☐ 経鼻 ☐ 腸瘻	朝（　/　kcal）＋白湯　ml 昼（　/　kcal）＋白湯　ml 夕（　/　kcal）＋白湯　ml		
食事状況	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
※使用食具	☐ 箸 ☐ スプーン☐ 大・☐ 小）☐ フォーク☐ 大・☐ 小）☐ 自助具（　）☐ 自助食器			
※褥瘡	☐ 無 ☐ 有　部位 :			
※VF検査 （嚥下造影検査）	☐ 未実施☐ 実施			
備考欄				

※の項目は分かる範囲でご記入ください。

施設名

記入日　平成 25 年　月　日

記入者名（栄養士）

（集団給食研究会栄養士チーム 2014.3作成）