

(別紙様式12の5)

栄養情報提供書

記入日 年 月 日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	( )歳
身長	cm (測定日 年 月 日)	□計測不能		BMI	kg/m <sup>2</sup> □算出不能
体重	kg (測定日 年 月 日)				
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)					
栄養補給に関する事項					
必要栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質	g		
摂取栄養量	エネルギー kcal	たんぱく質	g		
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)				
	嚥下調整食の必要性	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)	( )	
□無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):				
経管栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):			
	□胃瘻				
	□無	□その他			
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):			
	□無	□中心			
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等					

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名: \_\_\_\_\_  
 担当管理栄養士名: \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ (FAX): \_\_\_\_\_