

栄養管理計画書

計画書作成日 令和08年01月26日(月)

患者ID	0000099997	入院日	
フリガナ	テスト カンヤ	診断名	
氏名	テスト 患者 様	担当医師名	
生年月日	昭和 50年 05月 06日 生	担当管理栄養士名	林 若菜
	年齢 50 歳		
	性別 男		

入院時栄養状態に関するリスク

身長 171.0 cm 体重 76 kg アルブミン g/dl ヘモグロビン g/dl リンパ球数 ×10.2 μL
BMI 25.99 肥満度 BUN mg/dl クレアチン mg/dl CRP mg/dl

入院時食事摂取状況 ○ 主食() 割 ○ 副食() 割
身体状況: □ るい痩 □ 肥満 □ 発熱 □ 下痢 □ 嘔吐 □ 脱水 □ 食欲不振
□ 浮腫 (□ 無 □ 有 (□ 胸水 □ 腹水 □ 下肢) □ 不明) □ 体重減少
□ 摂食障害 (□ 拒食 □ 過食) □ 嚥下障害 □ 精神障害 □ 寝たきり □ 経管栄養 □ 認知症
□ 誤嚥傾向が強い □ 褥瘡 □ 麻痺 □ 肺気腫 □ その他()

栄養状態の評価と課題

MNA-SF () 点
栄養状態 ○ 良好 ○ 不良 (□ 軽度 □ 中度 □ 重度) 嚥下調整食の必要性
課題 ○ 特になし ○ なし ○ あり
○ あり [学会分類コード ()]

【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)

※ 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。

栄養管理計画

目標 ○ 低栄養状態の改善 ○ 栄養状態の維持 ○ 経口摂取への移行
○ 生活習慣の改善 ○ 特になし
特記事項 []

栄養補給に関する事項 栄養補給方法 ○ 経口 ○ 経腸栄養 []
○ 静脈栄養
栄養補給量 (必要量)
・エネルギー: kcal 食事内容 【主食】
・たんぱく質: g/日 ○ 一般食 【副菜】
○ 特別食
・脂肪: g/日 ○ 補助食品
・炭水化物: g/日 留意事項
・水分: ml とろみ ○ なし ○ あり
・食塩: g/日 食物禁忌 ○ なし ○ あり
加味制限 ○ なし ○ あり
薬 ○ ワーファリン ○ Ca拮抗薬 ○ その他 ()

栄養相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要	☐ なし	☐ あり()	頃予定
栄養食事相談の必要性	☐ なし	☐ あり()	頃予定
退院時の指導の必要性 (備考)	☐ なし	☐ あり()	頃予定

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

☐ 特になし ☐ 義歯の調整 ☐ 摂食機能訓練 ☐ その他 ()

栄養状態の再評価の時期

☐ 不要 ☐ 要

頃予定

退院時及び終了時の総合評価

☐ 経過良好 ☐ 変化なし ☐ 経過不良 ☐ 転院 ☐ 永眠

退院時食事摂取状況

☐ 主食()割 ☐ 副食()割

コメント

岩国市立美和病院

食事オーダー

ID	氏名	性別	生年月日	区分
00000 99997	テスト カンザ テスト 患者	男	昭和 50年 5月 6日 50歳	902号室

指示医 宗像 緩宜 診療科 内科 依頼元 テスト病棟

開始日 2026/1/26 (月) 朝▼ 終了日 2026/1/26 (月) 朝▼

【締切時間 朝:(前日)17:00 昼:(当日)10:30 夕:(当日)16:00】

食 種 欠食

主 食 主食なし

☐ 三食不均等

主食形態

副食形態

飲み物

形態コメント

制限コメント

濃厚流動コメント

補助食品コメント

禁食コメント

アレルギー

病名1

病名2

指示コメント

栄養指導

指示医 宗像 緩宜 診療科 内科 依頼元 テスト病棟

指導日 2026/1/27 (火) 予定 10:00

ID : 0000099997
氏名 : テスト 患者 男
生年月日: 昭和 50年 05月 06日 生 50 歳

身長 171.0 cm 体重 76 kg
標準体重 64.33 kg BMI 25.99 計算

病名

指導加算対象疾患

エネルギー Kcal 蛋白質 g
脂質 g 食塩 g未満

備考

実施者 管理栄養士 区分 ☐未入力 ☐指導 ☐相談

実施日

項目 外来栄養食事指導料（初回）

栄養ケア情報提供書

No. 1

作成日	令和08年01月26日(月)
施設名	岩国市立美和病院
職種	管理栄養士
作成者氏名	宗像 緩宜
連絡先電話番号	0827-96-1155
連絡先FAX番号	0827-96-1157

施設名

【 栄養管理担当者様 】

フリガナ	ヲクト カヅキ
氏名	テスト 患者
性別	男
生年月日	昭和 50年 05月 06日 生 (50) 歳
診断病名	
身長	身長 cm ☐ 自称 ☐ 推定 ☐ 測定
入院(所)時	体重 kg ☐ 自称 ☐ 推定 ☐ 測定
6か月前	体重 kg ☐ 自称 ☐ 推定 ☐ 測定
3か月前	体重 kg ☐ 自称 ☐ 推定 ☐ 測定
退院(所)時	体重 kg ☐ 自称 ☐ 推定 ☐ 測定
褥瘡	☐ 無 ☐ 有 【 有りの場合は部位 】 ☐ 仙骨 ☐ 背部 ☐ 腸骨 ☐ 臀部 ☐ 踵 ☐ その他 ()

基本情報 & 身体状況

No. 2

栄養提供方法	食種名 (例)糖尿病食	
	形態名 (例)清流食、きのみ食	
	☐ 鼻腔 ☐ 胃ろう ☐ その他 ()	
	商品名	
栄養提供方法	投与回数	ml × 回
	投与時刻	☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 その他 ()
	白湯量	ml / 日
	投与速度	ml / 時間
栄養提供方法	☐ 末梢静脈栄養	
	☐ 中心静脈栄養	
	エネルギー	kcal たんぱく質 g
	脂質 g	食塩相当量 g以下
提供栄養量 (1日)	その他	
摂取率	主食 (平均 : 割) 副食 (平均 : 割) 水分摂取 ☐ 良好 ☐ 不良	
主食 (複数回答可)	☐ 米飯 () ☐ 軟飯 () ☐ 全粥 ☐ () ☐ 分粥 ☐ ミキサー粥 ☐ 重湯 ☐ パン () ☐ パン粥 ☐ その他 ()	
主食の とろみ	☐ 無 ☐ 有 (☐ とろみ ☐ ゼリー)	
副食 (複数回答可)	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ ソフト ☐ ミキサー ☐ ゼリー ☐ その他 ()	
キザミ	☐ 無 ☐ 有 有りの場合 ☐ 1mm ☐ 5mm ☐ 1cm ☐ 2cm ☐ その他 ()	
補助食品 の有無	☐ 無 ☐ 有 有りの場合 : 提供栄養量に (☐ 含む ☐ 含まない)	

食事内容

食事内容	水分制限	☐ 制限なし ☐ 制限あり () ml/日 制限ありの場合 : (☐ 飲水のみ ☐ 食事含む)	
	水分の とろみとの 必要性との 状況	☐ 不要 ☐ 必要 ☐ 薄いとろみ ☐ 中間のとろみ ☐ 濃いとろみ ☐ ゼリー	
	食物 アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ☐ 未把握 有りの場合 (食品名 :)	
	禁止 食品	☐ 無 ☐ 有 有りの場合 (食品名 :)	
	食嗜好	好きな 食べ物	
歯 の 状 況	食事時の 歯の状況	☐ 自歯 ☐ 義歯 (☐ 総義歯 ☐ 部分義歯) ☐ 義歯無し	
	嚥下 状況 (飲み込み)	☐ 良い ☐ 不良	
食形態 レベル		☐ レベル0 (嚥下訓練ゼリー) ☐ レベル1 (ゼリー食) ☐ レベル2 (なめらか食:ピューレ, ペースト, ミキサー) ☐ レベル3 (つぶせる食:ソフト, きざみあんかけ) ☐ レベル4 (やわらか食:きざみ, 軟菜) ☐ その他 ()	

日常生活	食事介助 の必要性	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	食事環境	☐ 椅子 ☐ 車いす ☐ ベット上 ☐ リクライニング車いす
	自助具 の使用	☐ 無 ☐ 有 ()
	食事づくり 担当者	☐ 本人 ☐ 家族 () ☐ その他 ()
伝達事項	本人 家族 の希望	
	管理栄養士 栄養士	
特記事項	その他 関係者)	
	情報提供に 関する同意	入院(所)中の栄養ケア情報を提供することについて、 同意を得ている。 ☐ はい ☐ いいえ

栄養指導予約票

I D : 0000099997

テスト 患者

様

生年月日： 昭和 50年 5月 6日

50歳

男

診療予約日・予約時間

2026/1/27 (火)

10:00

担当 管理栄養士

コメント

お願い：

- ◆病院受付へ予約票と診察券をお出ください。
- ◆検査のある方は、診察の予定時間が遅くなることがあります。
- ◆予約時間は診察の内容・急患対応により遅くなる場合があります。
- ◆急な用事等で予約を変更される時には、平日14時～16時に、
下記連絡先へ連絡をお願いします。

T E L 0827-96-1155

岩国市立美和病院

栄養ケアモニタリング



患者ID 0000099997

氏名 テスト 患者

身長 : 171.0 cm

	入院時					
	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック
アウトカム						
生活機能・身体機能		☐		☐		☐
主観的健康観（意欲）		☐		☐		☐
食事に対する満足感		☐		☐		☐
栄養リスク						
体重（kg）	76	☐		☐		☐
BMI	25.99	☐		☐		☐
体重減少率（%）		☐		☐		☐
血清アルブミン（g/ui）		☐		☐		☐
HbA1c（%）		☐		☐		☐
嚥食状況		☐		☐		☐
経腸・静脈栄養法		☐		☐		☐
褥瘡		☐		☐		☐
		☐		☐		☐
		☐		☐		☐
栄養補給量						
エネルギー（Kcal）		☐		☐		☐
たんぱく質（g）		☐		☐		☐
水分（ml）		☐		☐		☐
		☐		☐		☐
備考						
評価						
計画の変更	○ なし ○ あり		○ なし ○ あり		○ なし ○ あり	

栄養ケアモニタリングチェック表

不

患者ID 0000099997

フリガナ テスト カジヤ

氏名 テスト 患者

入院日

リスク判定

高

高リスク⇒2週間ごと
中リスク⇒月に1回
低リスク⇒3ヶ月に1回

栄養管理
計画書作成日 令和08年01月26日(月)

リスク判定基準

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	18.5未満 経腸栄養
アルブミン	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満 経腸栄養
食事摂取量	良好（7割以上）	不良（7割以下）	不良（7割以下） 褥瘡あり

モニタリング日程表

日付	チェック欄	日付	チェック欄	日付	チェック欄
	☐		☐		☐
日付	チェック欄	日付	チェック欄	日付	チェック欄
	☐		☐		☐
日付	チェック欄	日付	チェック欄	日付	チェック欄
	☐		☐		☐
日付	チェック欄	日付	チェック欄	日付	チェック欄
	☐		☐		☐
日付	チェック欄	日付	チェック欄	日付	チェック欄
	☐		☐		☐

備考