

No. 1

施設名 【 】 栄養管理担当者名様

本 情 報 & 身 体 状 況	ふりがな		リシュウ ホウヤセン	
	氏名		練習 放射線 1	
	性別		男	
	生年月日		昭和 25年 12月 25日 生 (74) 歳	
	診断病名		【カルテより病名取得が可能】	
	身長		身長 : _____ cm ○ 自称 ○ 推定 ○ 測定	
	体 重	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 【 有りの場合は部位 】 ☐ 仙骨 ☐ 背部 ☐ 腸骨 ☐ 臀部 ☐ 有 ☐ 踵 ☐ その他 ()		

食事内容	栄養 提供 方法	食種名 (例) 糖尿病食							
		形態名 (例) 常食、きざみ食							
		☐ 経管	☐ 鼻腔 ☐ 胃ろう ☐ その他 ()						
			商品名						
			投与回数	m l × 回					
			投与時刻	☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ その他 ()					
			白湯量	m l / 日					
			投与速度	m l / 時間					
	☐ 末梢静脈栄養								
☐ 中心静脈栄養									
提供 栄養量 (1日)	エネルギー	kcal	たんぱく質		g				
	脂質	g	食塩相当量		g				
	その他								
摂食率	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 ☐ 軟食 ☐ 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	水分制限	☐ 制限なし ☐ 制限あり () ml/日 制限あり場合 (☐ 飲水のみ ☐ 食事含む)	
	水分の とろみの 必要性と とろみの 状況	☐ 不要 ☐ 必要 ☐ 薄いとろみ ☐ 中間のとろみ ☐ 濃いとろみ    すっと流れ落ちる とろとろ流れる 流れにくい ☐ ゼリー 	
	食物 アレルギー	☐ 無 ☐ 有 (食品名:) ☐ 未把握	
	禁止 食品	☐ 無 ☐ 有 (食品名:)	
	食嗜好	好きな 食べ物	
歯の状況		嫌いな 食べ物	
	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	嚥下 (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 ()	

栄養管理計画書

患者ID 9999900071

計画作成日 令和07年10月17日(金)

フリガナ レンジュ ホウケンセイ

氏名 練習 放射線1 様 性別 男

病棟

生年月日 昭和 25年 12月 25日 年齢 74 歳

担当医師名

入院日

担当管理栄養士名 マスタ管理者(放射線)

診断名 【カルテより病名取得が可能】

入院時栄養状態に関するリスク (Alb 身長 150 cm 体重 40 kg BMI 17.78 ☐ 計測不可)

食事摂取状況: ☐ 良い ☐ 不良 () ☐ 絶食入院 () ☐ その他 ()

身体状況:

☐ るい瘦 ☐ 肥満 ☐ 摂食障害 () ☐ 褥瘡 ☐ 嚥下障害 ☐ 経管栄養
☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 発熱 ☐ 脳梗塞による麻痺 ☐ 浮腫 ☐ 寝たきり
☐ その他 ()

栄養状態の評価と課題

栄養状態の評価 ☐ 過多 ☐ 良 ☐ 不良 ()

課題 ☐ 特になし ☐ あり ()

【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該当にチェックすること。

栄養管理計画

目標 ☐ 栄養状態の維持 ☐ 低栄養状態の改善 ☐ 経口摂取への移行

特記事項 ()

栄養補給に関する事項

栄養給与量

・エネルギー: kcal ・たんぱく質: g
・水分制限: ☐ なし ☐ あり ・食塩: g
・水分: ml
・その他:

栄養補給方法 ☐ 経口 ☐ 非経口 ()

☐ 静脈栄養

嚥下調整食の必要性 ☐ あり ☐ なし
(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 ☐ なし ☐ あり () 実施予定
栄養食事相談の必要性 ☐ なし ☐ あり () 実施予定
退院時の指導の必要性 ☐ なし ☐ あり () 実施予定
特別な栄養管理の必要性 ☐ なし ☐ あり
備考 本人確認 ☐ 不可

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 実施予定日

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

食事摂取状況 ☐ 良 ☐ 不良 () 特記事項 ()