

【新川管内版】 栄養管理等に関する情報連絡票 (第4版)

No. 1

下記の患者様について、情報提供いたします。

- (1) 病院・施設に入退院(転院)される方へ: 本紙を必ず受け入れ先の栄養士へお渡してください。
- (2) 自宅に退院される方へ: 介護保険サービスを利用している場合は、ケアマネジャーにお渡してください。

記入日: R 年 月 日

※太枠(特に太字ゴシック体の項目)は記入必須です。

患者氏名: 様		性別:	年齢: 歳	介護度:		
入院日: R 年 月 日			退院(予定)日: R 年 月 日			
栄養管理・栄養指導等の経過:						
栄養管理上の注意点と課題:						
栄養管理に関する情報	評価日: R 年 月 日		直近の栄養状態(低栄養のリスク):			
	身長: cm		体重: kg (測定日: R 年 月 日)			
	BMI: #DIV/0! kg/m ²		過去(週間)の体重変化: (kg %)			
	標準体重: 0.0 kg		浮腫: (部位:)		浮腫関連疾患	
	下腿周囲長: cm		<input type="checkbox"/> 不明	握力: kg f <input type="checkbox"/> 不明		
	食欲低下: ()		消化器症状: ()			
	味覚障害: ()		咀嚼障害:		嚥下障害:	
	褥瘡: (部位:)		義歯: (種類:)			
	DESIGN-R: 点 <input type="checkbox"/> 不明		麻痺: (部位:)			
	食事時の姿勢:		その他: ()			
	特記事項:		検査等	Alb値: g/dL <input type="checkbox"/> 測定なし		
				その他: <input type="checkbox"/> 直近の血液データの添付あり		
	栄養補給法:		食事回数: 回/日 (内訳:)			
	1日栄養量		エネルギー量	たんぱく質量	食塩相当量	水分量
			kcal	g	g	mL
必要栄養量		#DIV/0! kcal/標準体重kg	#DIV/0! g/標準体重kg	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし	
		#DIV/0! kcal/現体重kg	#DIV/0! g/現体重kg			
摂取栄養量		kcal	g	g	mL	
		#DIV/0! kcal/標準体重kg	#DIV/0! g/標準体重kg	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限なし	
		#DIV/0! kcal/現体重kg	#DIV/0! g/現体重kg			
上記摂取栄養量は、主食 割、副食 割、栄養補助食品等の状況です						
食種		<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 特別食: <input type="checkbox"/> その他: ()				
制限		(エネルギー指示量: kcal)				
退院時栄養食事内容	主食	朝	量	g/食	*自由記載:	
		昼		g/食		
		夕		g/食		
	副食		自助具:			
	栄養補助食品		名称: (提供量(kcal/日):)			
	嚥下調整食		主食: (学会分類2021のコード(嚥下調整食の場合は必須))			
		副食: (学会分類2021のコード(嚥下調整食の場合は必須))				
とろみ調整食品の使用		使用の有無	種類(製品名)	使用量(gまたは包)	濃度	
				mLに対し、		
禁止食品	食物アレルギー		対応の有無 内容: , , ,			
			詳細: ()			
	その他の禁止食品		治療上:		宗教上:	
		服薬上:		その他: ()		
その他影響する問題点: (詳細:)						

【新川管内版】 栄養管理等に関する情報連絡票 (第4版)

No. 2

この用紙はNo. 1の続紙です。

栄養管理に関する情報	退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (アミノ酸) (g)	脂質 (g)	炭水化物 (糖質) (g)	食塩相当量 (g)	水分 (mL)	その他	
			経口 (食事)								
			経 腸								
			静 脈								
			経口飲水								
			合 計	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	
			(現体重当たり)	#DIV/0!	#DIV/0!				#DIV/0!	#DIV/0!	
	経腸栄養詳細	投与経路	<input type="checkbox"/> その他 ()								
			朝	昼			夕				
		種類 (名称)									
		量 (mL)									
		投与速度	mL/h			mL/h			mL/h		
		追加水分	mL			mL			mL		
		静脈栄養詳細	投与経路	中心静脈の場合CVポートの設置 :							
	種類 (名称)										
	量 (mL)										
	混注剤等										
	次回の栄養指導			指導の有無 :			(予定日時 : R 年 月 日 時 分開始)				
	備考										

新川圏域栄養管理体制整備事業ワーキンググループ2022.6改訂 (第4版)

【記入上の注意】

1. 太字ゴシック体の項目は、原則記入すること。
2. セル塗りつぶし箇所は、プルダウンリストから選択すること。
3. 必要が有る場合には、別途記載して添付すること。
4. 地域連携診療計画に添付すること。

【補足】

1. この連絡票は、2枚セットでお渡しすること。
2. 青字は、新川管内で追加した項目。

【問合せ先 (記入者連絡先)】

記入者氏名	
施設名	
所属 (部署等)	
TEL	
FAX	

ご不明な点がございましたら、上記までご連絡ください。