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。

記入日　平成　年　月　日

施設名

記入者名（栄養士）

（集団給食研究会栄養士チーム　2014.3作成）