

(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 ² ☐ 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		
☐ 無	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)		
	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				
		☐ その他				
	静脈栄養	☐ 末梢	留意事項(製品名、投与速度等):			
		☐ 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): _____