第2号様式（第6条第1項第2号）

経口摂取の希望調査票

※　少量でも経口摂取をしている方のみ記載してください。
記載した調査票のとおりに対応できないこともあります。

記載年月日（　　年　　月　　日）記載者氏名（　　）

利用者氏名（　　）

病院との調整のために自宅での状況を具体的に教えてください。 経口摂取に関しては、受け入れ病院との調整が必要になります。 回数・時間・内容等、自宅での状況のとおりにはできないことをご了承ください。

○ アレルギー等除去する必要のある食品はありますか。

なし　・　あり　［　除去する食品を具体的に　］

○ どのような形態で摂取していますか。（ トロミの有無：　有 ・ 無 ）
（**例**： ペーストをシリコンスプーンで食べている。飲み物はストローで飲んでいる。）
（　　）

○ 好きな食べ物（飲み物）、苦手な食べ物（飲み物）はありますか。
（　　）

○ 1食分は、どの程度の量ですか。（ g ・ml ・カロリー ・茶碗何杯など ）
（**例**： 200カロリー程度、こどもの茶碗で2杯分程度 ）
（　　）

○ 経口摂取ができない場合の、代替は何になりますか。
（**例**： 経管栄養剤の注入、ミルクの飲用）
（　　）

○ 一日あたりの経口摂取の回数は（　　）回。（補食を含む。）
（時間帯：　　）

○ 一回あたりの食事にかける時間を記入してください。（　　）