

お食事連絡票

____年 ____月 ____日 作成

介護保険を使われている方は、 ケアマネジャーさんに、この連絡票を お見せください。		1 作成者		施設名				
				職種・氏名				
				住所				
				電話・FAX				
2 基本 情報	ふりがな 氏名				男・女	3 主 病 名		
	生年月日	T S H 西暦 年 月 日 ()歳						
食事内容	食事の名称:					□特別食 / 療養食()		
	4 栄養 量 等	エネルギー:	kcal		栄養 補助 食品 等	商品名 量		
		たんぱく質:	g					
		食塩:	g 未満					
		水分:	ml					
	5 食形態	主食	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他()					
		副食 (おかず)	□そのまま □一口大 □刻み □歯ぐきでつぶせる硬さ □舌でつぶせる硬さ □粒のあるペースト状 □粒のないペースト状 □ムース状 □とろみ状 □ゼリー状					
	6 飲水	□指示なし □指示あり→【飲水量】()ml/日 【水分形状】□通常 □水分とろみ(濃い・中間・薄い) □ゼリー状						
	7 禁止食品	□無 □有()						
	8 食物アレルギー	□無 □有()						
9 服薬	□無 □有()							
10 食のしこう	好きな食品・料理: 嫌いな食品・料理:							
栄養および 身体状態等	11 食事摂取量	主食: _____ 割 副食(おかず): _____ 割 ※						
	12 えん下	□問題なし □時々むせる □いつもむせる (どのようなときにむせるか)						
	13 身体測定	身長: _____ cm 体重: _____ kg (BMI: _____) 測定日: ____年 ____月 ____日						
	14 血液検査	Alb(アルブミン値): _____ g/dl その他(): _____ 検査日: ____年 ____月 ____日						
	15 食事介助	□自力摂取 □一部介助 □全介助※						
	16 食事姿勢	□座ったまま食べることができる □座って食べることが難しい □椅子 □車椅子 □ベッド上						
	17 介護食器	□有(使っているもの) □無						
18 自由記載欄 (※について特記 事項があれば こちらに記載する)		配慮してほしいこと						

【記入についての留意点】

※18の基本項目については、追加・削除等カスタマイズ可能
 (お食事連絡票の代わりに栄養サマリーを使用する場合は、代用する旨自由記載欄に記載する)

1	発行する病院・施設の名称と管理栄養士の氏名、住所・電話・FAX番号を記載する。
2	入所者、患者の基本情報について記載する。年齢は作成日時点の年齢とする。
3	主病名を記載する。
4	入院・入所時の提供栄養量・栄養補助食品等の状況を記載する。 「特別食」又は「療養食」について選び、()に食種を記載する。 栄養補助食品等を使用していた場合は、商品名、量×回数などを記載する。
5	食形態について、主食、副食別に選ぶ。
6	飲水について、指示の有無をチェックし、指示がある場合は1日の総量、水分形状についてチェックする。
7	禁止食品の有無と、ある場合には具体的な食品等を記載する。
8	食物アレルギーの有無と、ある場合には具体的な食品等を記載する。
9	服薬の有無と、ある場合にはその状況を記載をする。
10	食のしこうについて、好きな食品・料理、嫌いな食品・料理について記載する。
11	食事摂取量について、主食、副食別に割合を記載する。 特記事項があれば「18自由記載欄」に記載する。
12	嚥下機能について、むせがある場合はその状況について()に記載する。
13	身長・体重及びBMIを記載する(測定日を確認し、記載する)。
14	血液検査結果でAlb値があれば記載する。ない場合やその他参考になる検査値があれば、記載する(検査日を確認し記載する)。
15	食事介助について、選択する。特記事項があれば「18自由記載欄」に記載する。
16	食事時の姿勢について、座位保持が可能か、また、椅子、車椅子使用か、ベッド上かを選択する。
17	介護食器の使用の有無を選び、ある場合はその状況を記載する。
18	自由記載欄は、配慮していほしいことについて記載をする。 上記の項目について、記載しきれない場合や※の項目について記載する。