

# 栄養情報提供書(栄養サマリー)

移動先の病院・施設名 担当医師又は管理栄養士： 上記担当者への説明日： 年 月 日	様	1 作成者	施設名	
			職種・氏名	
			電話・FAX	

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 作成

下記の(入所者・患者)様の栄養管理情報を提供します。御不明点は作成者にお問い合わせください。  
なお、この情報を提供することについては、ご本人もしくはご家族の方の了解を得ております。

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	4 提供栄養量 栄養補給法	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	食塩 (g)	□一般食 □特別食 / 療養食 ( )	
	内訳	経口摂取				経管栄養の場合は、商品名、量×回数、時間、追加水などを記載する(経腸栄養剤含む)	
		経管栄養					
		静脈栄養					
	5 食形態	主食	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他( )			主食量 g	●食形態名称 ( )
	副食	□コード0(t・j) □1 □2(2-1・2-2) □3 □4 □問題なし					
	6 栄養補助食品	□有 (商品名 ) □無					
	7 水分摂取状況	摂取量( )ml/日 水分とろみ □不要 □要(濃い・中間・薄い) □ゼリー状					
	8 禁止食品	□有( ) □無 □未把握					
9 食物アレルギー	□有( ) □無						
栄養および身体状態等	10 食欲	□有 □無 (いつ頃から )					
	11 摂取量	主食：_____割 副食：_____割 ※					
	12 嚥下	□問題なし □時々むせる □いつもむせる (どのような時にむせるか： )					
	13 義歯	□有 ( 使用している ・ 合わないので使用はしていない ) □無					
	14 身体測定	身長： _____ cm	体重： _____ kg	BMI： _____		測定日 ( _____年 _____月 _____日 )	
	15 血液検査	Alb： _____ g/dl	その他( )			検査日 _____年 _____月 _____日	
	16 褥瘡	□有 □無 ※					
17 GLIM基準による評価	[ □非対応 ] 判定：□低栄養非該当 □低栄養相当 □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)						
A D L	18 食事介助	□自力摂取 □一部介助 □全介助 (備考： )					
	19 食事姿勢	□座位保持可能(自立) □自立困難(介助内容： )					
		□椅子 □車椅子 □ベッド上 ( )					
20 介護食器	□有 ( ) □無						
21 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)	栄養ケアで特に注意喚起する事柄・嗜好等あれば						

## 【記入についての留意点】

※21の基本項目については、状況により追加・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、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・栄養補給法を記載する。 食事が「一般食」か「特別食」又は「療養食」について選び、後者の場合は( )に食種を記載する。
5	食形態について、主食、副食別に選び、主食については、その量を記載する。 食形態の名称を記載する。その際は、「大和管内食形態一覧表」を確認すると参考になる。
6	栄養補助食品の使用の有無を選び、ある場合は、商品名、使用量等を記載する。欄が不足する場合は、「21自由記載欄」にその旨記載をする。
7	水分摂取状況について、1日の総量と、その形態(とろみの有無又は、ゼリー状)についてチェックをする。
8	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。
9	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。
10	食欲の有無と、ない場合については、その状況を記載をする。
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「21自由記載欄」にその旨記載をする。
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	義歯の使用の有無について、記載する。
14	身長・体重およびBMIを記載し、体重減少率を記載する(測定日を確認し、記載する)。
15	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)。
16	褥瘡の有無についてチェックする。特記事項があれば「21自由記載欄」へ記載する。
17	GLIM基準による評価について、判定と該当項目、病因について、チェックをする。 非対応の場合でも、状況を把握しているものは右の欄にチェックをする。
18	食事介助について、選択し、全介助の場合は( )にその状況を記載する。
19	食事姿勢について、座位保持が可能か、困難な場合は介助内容を記載する。 食事時に、椅子、車椅子使用か、ベッド上かを選択する。
20	介護食器の使用の有無と、ある場合はその状況を記載する。
21	自由記載欄は、栄養ケアで特に注意喚起する事柄・嗜好等あれば記載をする。 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。