

食の情報提供書

紹介先医療機関・施設名

記載日 年 月 日

担当・先生侍史

日頃のご高配に深謝申し上げます。

下記の患者様・利用者様について、食に関する情報をご通知致します。宜しくお願ひ申し上げます。

氏名 様 男・女 生年月日 M・T S・H 年 月 日 (歳)

診断名(主病名) #1 #2 #3

身体状況

要介護度;	血液検査値 (年 月 日)
身長 cm (年 月 日)	TP g/dl, Alb g/dl, Hb g/dl,
体重 kg (年 月 日)	
活動量 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子での生活が主 <input type="checkbox"/> ベッド上での生活が主、座位可 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
認知度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり、常に介助を要す <input type="checkbox"/> 問題行動あり	
麻痺・拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
特記事項;	

栄養・食事

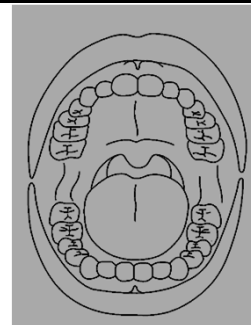
栄養ルート <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻胃管・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 経静脈栄養(PPN・TPN)	
投与栄養量 エネルギー kcal, たんぱく質 g, 塩分 g, 水分 ml,	
治療食 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他()	
栄養補助食品 ()	
使用の理由... <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂取量不足 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他()	
食事内容 主食 <input type="checkbox"/> 並飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 ミキサー・ゼリー <input type="checkbox"/> 重湯ゼリー	
副食 <input type="checkbox"/> (高知)並菜 <input type="checkbox"/> (高知)軟菜 <input type="checkbox"/> (高知)やわらか菜・一口大 <input type="checkbox"/> (高知)やわらか菜・極キザミ	
<input type="checkbox"/> (高知)ペースト菜 <input type="checkbox"/> (高知)ゼリー菜 <input type="checkbox"/> (高知)訓練ゼリー	
とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食事・水分)... <input type="checkbox"/> (高知)薄いとろみ <input type="checkbox"/> (高知)中間のとろみ <input type="checkbox"/> (高知)濃いとろみ	
ひと口量 <input type="checkbox"/> 小(ティースプーン) <input type="checkbox"/> 中スプーン <input type="checkbox"/> 大(カレー Spoon)	
特記事項;	

食事摂取状況

自助具使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(自助スプーン・自助食器・滑り止めマット)	
食事摂取量 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4量 <input type="checkbox"/> 半分量 <input type="checkbox"/> 1/4量 <input type="checkbox"/> 殆ど食べない	
食事介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
姿勢・角度 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット上 <input type="checkbox"/> 30度 <input type="checkbox"/> 45度 <input type="checkbox"/> 60度 <input type="checkbox"/> 90度	
特記事項;	

口腔

咀嚼に問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
嚥下に問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(適合・不適合)	
口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
特記事項;	



(記載者)施設名;

電話番号;

職業;

氏名;