

【早期栄養介入管理加算の手順書・様式例について】

医療事業推進委員会委員の所属施設で使用している早期栄養介入管理加算に係る手順書・様式・カルテ記載例をまとめています。

本資料は、あくまで、各施設からのご厚意で提供頂きました参考例であり、様式を指定するものではありません。 独自に様式がある場合を含め、施設に応じて作成ください。

(公社) 日本栄養士会医療職域

【目次】

A 病院の手順書.....	1
B 病院の手順書.....	6
C 病院の手順書.....	7
D 病院の手順書	16
E 病院の様式例.....	17
F 病院の様式例.....	18

早期栄養介入管理マニュアル (特定集中治療室)

A病院

2020年4月1日作成

2022年4月1日改定

※外部提出用につき一部抜粋版

早期栄養介入管理運用に係る背景

特定集中治療室での栄養管理の評価

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

- 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)

【算定要件】

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

【留意事項】

日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、**アからウは入室後48時間以内に実施**すること。

ア 栄養アセスメント

イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成

ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画の見直しとともに栄養管理を実施
オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認
カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、エに関しては、経腸栄養の開始が入室後何時間目であったのか記載すること。
加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

当該加算の1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、10人以内とする。また、当該加算及び栄養サポートチーム加算を算定する患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。

【施設基準】

特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

① 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、**栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上**有すること。

② **特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上**有すること。

③ 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

12

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- **早期栄養介入管理加算**について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

【施設基準】

- ・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

改定後

【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

【施設基準】

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

- **当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。**

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。**また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

- ・早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）（14日まで）
- ・早期栄養介入管理加算
400点（1日につき）（7日まで）

現行

特定集中治療室管理料 1～4

改定後

特定集中治療室管理料 1～4
救命救急入院料 1～4
ハイケアユニット入院医療管理料 1、2
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

41

早期栄養介入管理の目的とカンファレンスメンバー

【目的】

集中治療室(以下,ICU)に入室した患者の栄養状態の改善または低下を予防する。また,栄養関連有害事象の改善またはリスクの軽減も含めて安全に栄養管理が施行できることを目的とする。

【主なカンファレンスメンバー】

医師,看護師,薬剤師,管理栄養士,理学療法士,臨床工学技士など

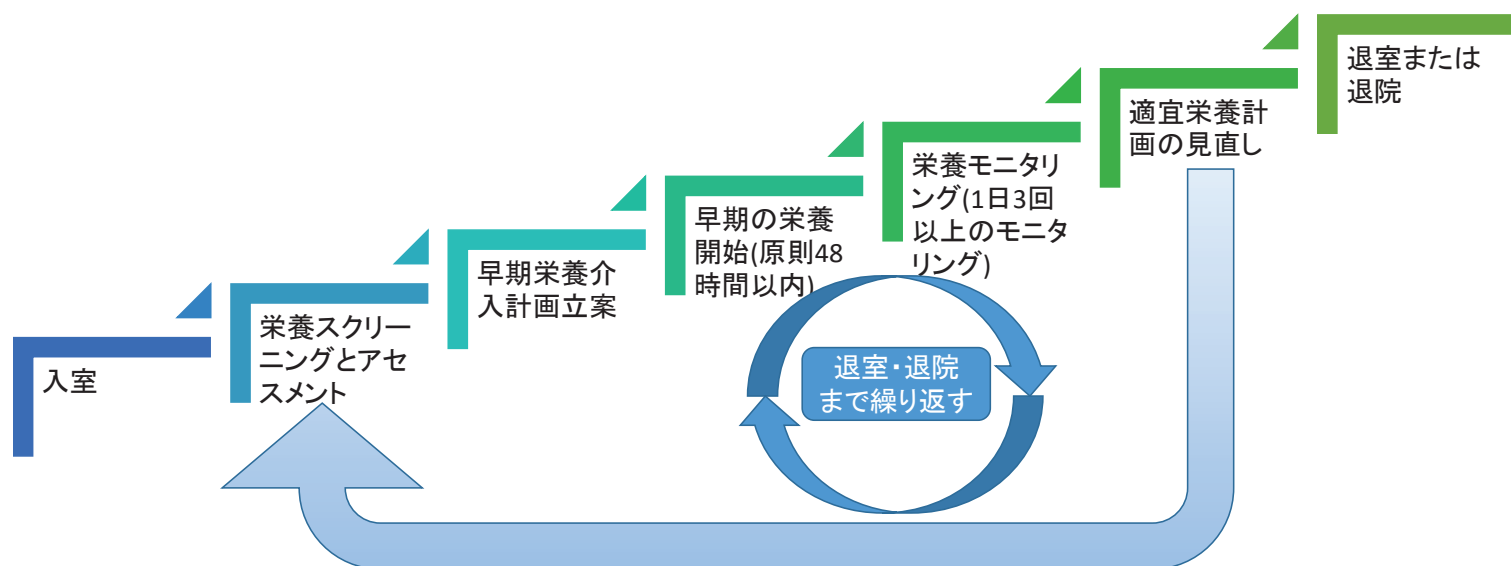
早期栄養介入管理の職種別役割

留意事項		医師	管理栄養士	看護師	薬剤師	理学療法士	その他
ア	栄養スクリーニング 栄養アセスメント		◎	○			
イ	早期栄養介入計画	○	◎	○	○		
ウ	ICU入室後24時間以内 の栄養開始	◎	○	○			
エ	3回以上のモニタリング		◎	○			
オ	逆流等の確認	○	◎	○			
カ	ア～オの診療録記載		◎				
キ	カンファレンス 回診	◎	◎	◎	◎	◎	臨床工学技士

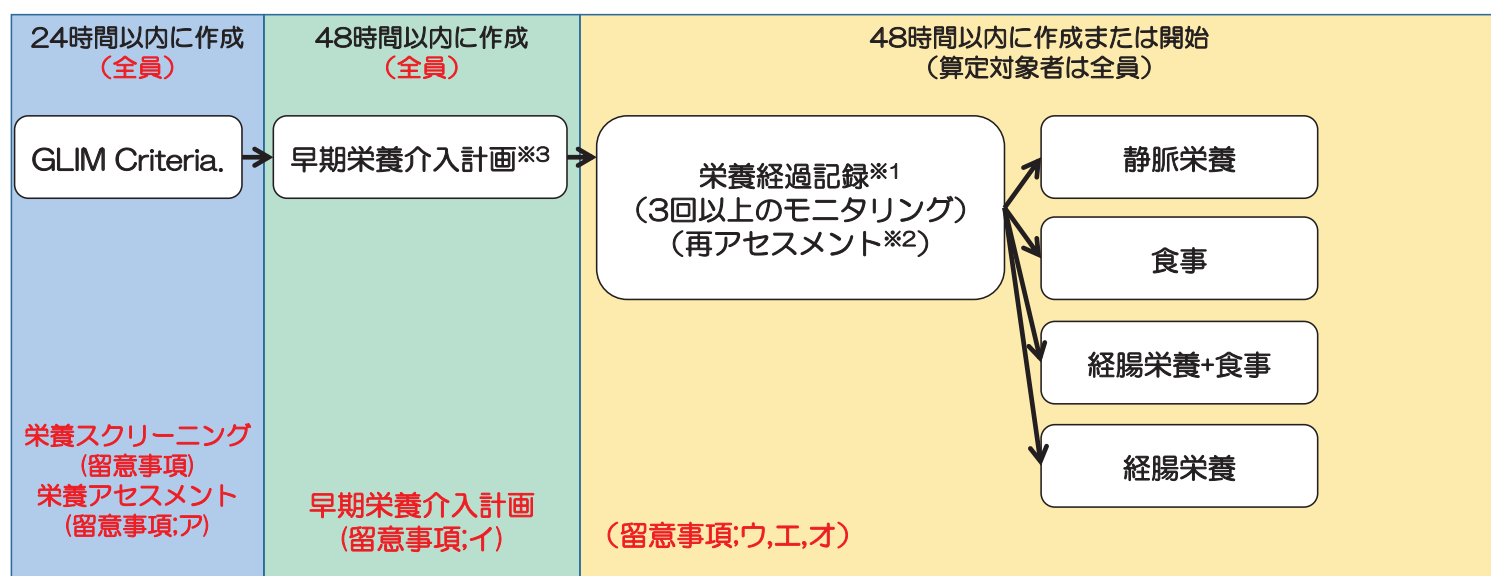
◎:主担当,○副担当

早期栄養介入管理マニュアル（運用手順）

早期栄養介入管理マニュアル（運用手順）



早期栄養介入管理加算のイメージ図



※1:ア～オまでを診療録に記録(留意事項:力)
 ※2:再アセスメントは胃管からの胃内容物の逆流の有無等消化器症状を確認(留意事項:才)
 ※3:栄養開始時間は栄養経過記録または早期栄養介入計画に記載(留意事項:工)

早期栄養介入管理マニュアル～介入手順と関連文書～

ICU入室	関連文書
ア) 全患者に栄養スクリーニング・アセスメント ※ICU入室時間を記入.	GLIM Criteria. 栄養経過記録
 イ) 栄養管理にかかる早期栄養介入計画を作成 ※日本版重症患者の栄養療法ガイドラインに沿って実施.	栄養経過記録に栄養開始時間を記入
ウ) 主治医より腸管機能を評価し,早期栄養開始指示	早期栄養介入計画書
エ) 3回以上のモニタリング,胃内容物逆流,バイタルサイン等 オ) 再アセスメントを実施し,適宜計画の見直し.	栄養経過記録

ICU早期栄養手順

ICU早期栄養介入シート作成

- ・ 栄養アセスメント
現病歴・既往歴・ICU入室前摂食状況・検査値を参照
- ・ 栄養管理計画書作成
病態と体格を考慮して栄養管理計画を作成

医事課への連絡
早期栄養介入加算の
対象者リストを送付

経腸栄養開始の可否判定

循環動態・消化器の状態・便正状を考慮して
医師が判定

※経腸栄養開始が入室何時間後であったかを
早期栄養介入シートに記載

**48時間以内に
経腸栄養を開始
した患者リスト
を送付**

48時間以内に実施

モニタリング

1日3回（朝・昼・晩）・胃残・排便状況
※早期栄養介入シートに記載

- ・ 経腸栄養の内容調整
- ・ 静脈栄養・経腸栄養・経口摂取の栄養量を
カルテと早期栄養介入シートに記載

再アセスメント・栄養管理計画の見直し

退室

早期経腸栄養実施マニュアル（案）

令和4年○月作成

○○○病院

経腸栄養の進め方

～欠食から経腸栄養開始の流れ～

欠 食

【注意】
経腸栄養剤と薬は
混ぜない事！！

経腸栄養剤に移行

【注 入 方 法】

経 鼻

胃ろう

【姿勢調整】 ベッドアップ30度以上

【注入前の確認】

胃内容物の確認

チューブ先の位置確認（音確認）

口腔内の観察
チューブの長さの確認
気泡音を確認
胃内容物を吸引

チューブの接続

【注入食の注入開始】

医師の指示がない場合は、白湯を経腸栄養剤よりも先に注入。次に経腸栄養剤をゆっくり注入

液体

半固形

注入食をカテーテル
チップで、ゆっくり注
入

注入後
白湯20～30mlを注入
空気20～30mlを注入

チューブの接続をはずす

姿勢保持を20～30分

参考文献

東口高志（編）：実践！臨床栄養 医学書院

長期絶食後の経腸栄養開始にあたって

GFO(ジー・エフ・オー)利用のすすめ

○使用方法

- ・長期絶食後の経腸栄養開始前、3～7日間程度の利用が効果的。
- ・粉末1袋(15g)を水またはぬるま湯100～150mlに溶かして使用。
- ・溶解後はすばやく注入する。
- ・常用量:1日3包(3回)。

○作用

- ・長期絶食による腸管粘膜の萎縮を防止。
- ・腸管内の異常細菌の増殖抑制。
- ・免疫能の促進。

○GFOとは？

- ・グルタミン、ファイバー、オリゴ糖を含有する食品です。

- (G)グルタミン: 腸管絨毛先端粘膜の増生に関与。腸管の局所免疫機構を活性化することによる免疫力の向上、バクテリアルトランスロケーションの予防につながる。
- (F)水溶性ファイバー: 腸内細菌により、短鎖脂肪酸に分解され、エネルギー源として利用される。腸機能亢進作用にも関与。
- (O)オリゴ糖: 病原菌に対する抵抗力を上昇させるビフィズス属、ラクトバチルス属を増加させる。有害な菌が多いバクトロイデス属を減少させる。

○栄養成分

- ・粉末1袋(15g)当たり:
36kcal、蛋白質3.6g、脂質0g、糖質6.01g、食物繊維5g、ナトリウム0.2～1.2mg
グルタミン3.0g、ラクトスクロース1.45g

○使用上の注意

- ・GFOは十分溶解してから注入する。特に経管には詰まりやすいので注意する。
- ・冷たい水には溶けにくい。
- ・水分量が少量(50ml程度)だと溶けにくい。

引用・参考文献

GFO商品説明
ICUとCCU32(2):145-151 2008

注入方法と注入経路

経腸栄養剤は消化管通過速度が速いので注入速度が早いと下痢に注意！！

(1) 注入方法

持続投与法

1時間あたりの注入量を経腸栄養ポンプで設定し24時間連続注入

【適応】 空腸瘻からの注入、耐糖能異常の著しい場合、間欠的自然落下で不耐の場合

サイクリック投与法

患者の病態やライフスタイルに応じて、1時間あたりの投与量を経腸栄養ポンプで設定し注入

【適応】 一般的に24時間の持続注入から移行
注入時間は12-18時間、注入速度は120-150ml/hrが限界

間欠的自然落下法

200-600mlの経腸栄養剤を20-60分で自然落下にて注入
経腸栄養剤の組成・必要熱量・耐性により2-6回/日で注入

【適応】 長期間経腸栄養を必要とする場合
【禁忌】 空腸からの注入は禁忌

ボラス投与法

ゲル化したりとろみを付加し半固形状となった、200-400mlの経腸栄養剤を10-20分で注入
経腸栄養用の注射器や専用容器を使用（商品例 メディエフプッシュケア）

【適応】 長期間経腸栄養を必要とする場合
胃・食道逆流などにより目標量が間欠的自然落下で注入できない場合
【禁忌】 空腸からの注入は禁忌

(2) 注入経路

経口 嚥下機能障害患者では液状など誤嚥を引き起こす可能性のあるものは注意

経鼻 経鼻チューブの径は、通常10～12Fr
径が細いものは詰まりやすく、太すぎると潰瘍が形成されやすいので注意

胃ろう 胃食道逆流防止のため投与開始から終了1時間後まで上体を30°以上挙上
(可能なら60°以上) 困難な場合は右半側臥位
半固形(メディエフプッシュケア)を注入可能

腸ろう 半消化態・消化態栄養剤が適応
注入速度・浸透圧に注意
下痢・腹部膨満の防止のため必ずポンプを使用し12～24時間かけて注入
注入初期には注入速度を50mL/hr以下とする

※経腸栄養剤で不足するカロリーは末梢または中心静脈栄養を併用して補い、徐々に経腸栄養が主体になるようにステップアップする！！

引用・参考文献

新静脈経腸栄養ガイド：197-200 Medical Practice 臨時増刊2009
コメディカルのための静脈経腸栄養ハンドブック：163-165 日本静脈経腸栄養学会

注入スピードとステップアップ方法

早期経腸栄養注入プロトコール(例)

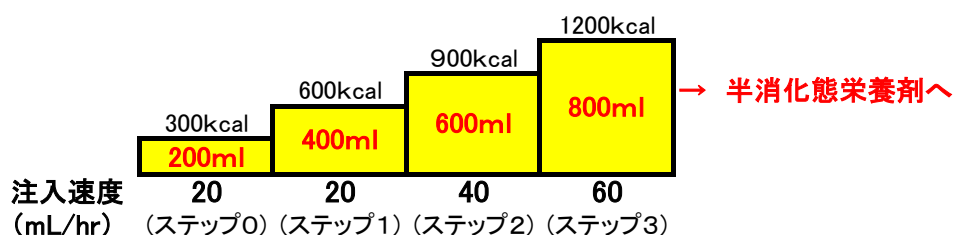
入院後24～48時間以内に開始、数日は必要エネルギーの60～80%を目標とする

※必要エネルギー 現体重×25kcal

開始基準 消化管機能に問題がなし。(腸管穿孔、腸管虚血、消化管出血、イレウスなど)
循環動態が安定(平均血圧60mmHG以上でカテコラミン投与が漸減中)
乳酸アシドーシスが安定
ベットアップ30度以上に制約がなし
腸蠕動音が微弱以上
嘔気嘔吐がない

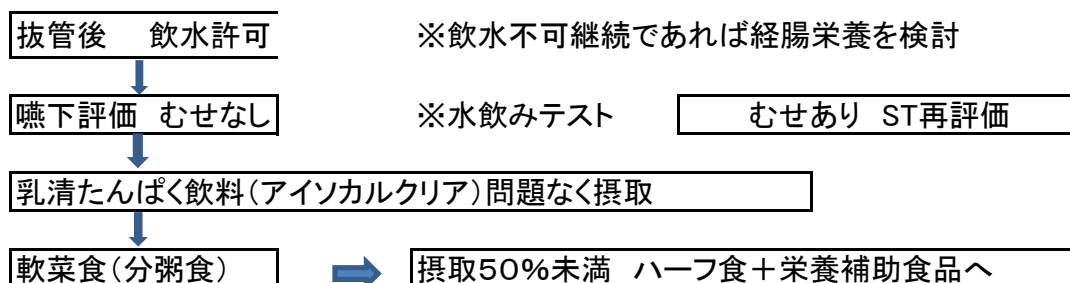
※乳清ペプチド消化態栄養剤(ペプタメンAFなど)第1選択とする

※1週間の絶食、低栄養(評価表で栄養不良)と思われる場合はGFOの注入を検討する。



各ステップは ブリストル6(泥状便)が1日4回以上 ブリストル7(水様便)
胃残渣200ml/8時間以上
注入時の血圧低下があればUPLしない

早期経口栄養プロトコール(例)



※糖尿病 脂質異常症の既往 エネルギー管理食軟菜へ

※心疾患の既往 エネルギー管理減塩食軟菜食へ

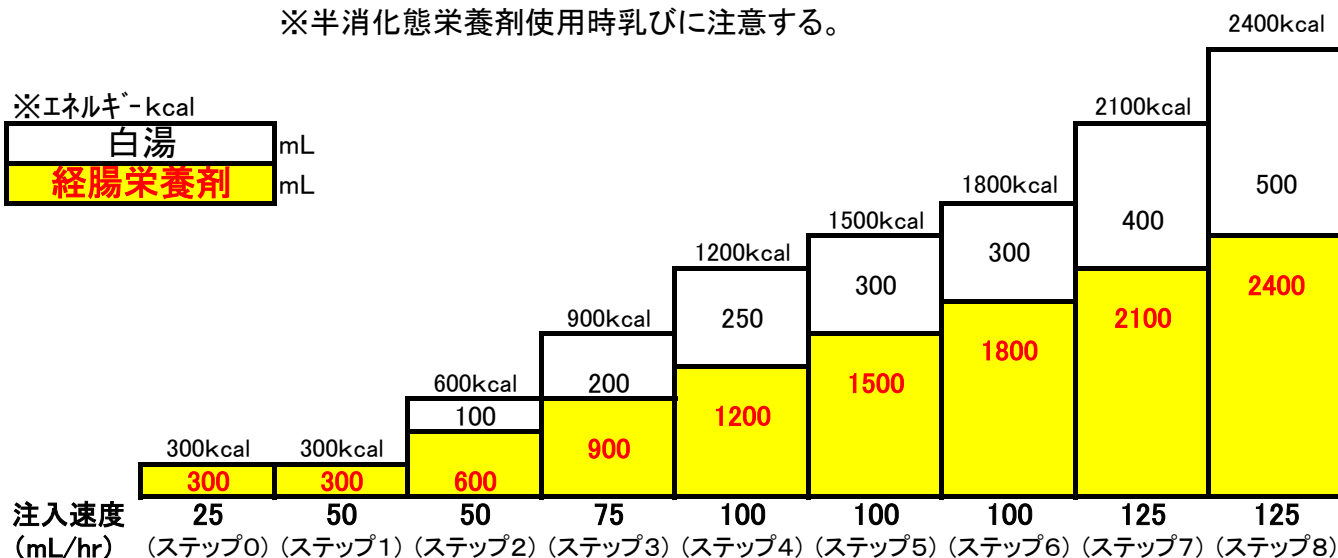
腸ろう注入プロトコール(例)

※成分栄養剤(エレンタール)第1選択とする

※半消化態栄養剤使用時乳びに注意する。

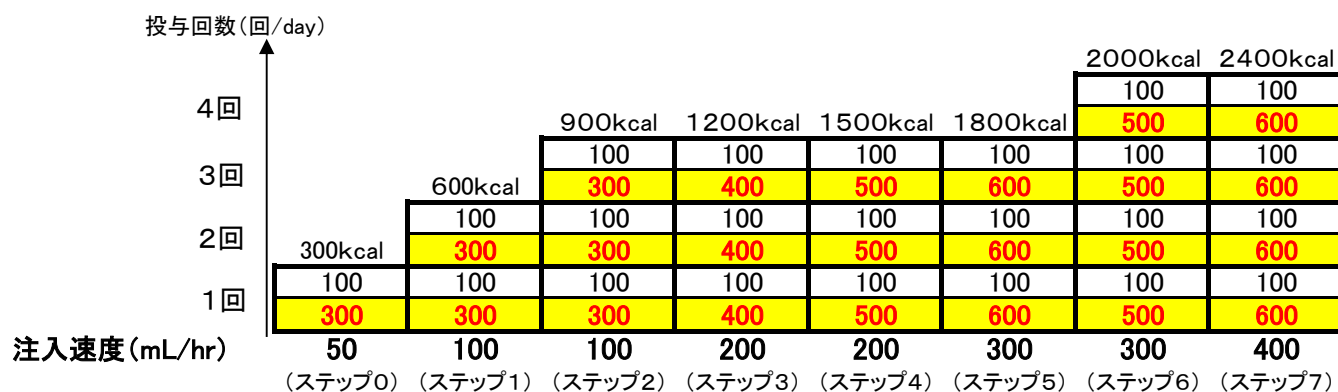
※エネルギー-kcal

白湯	mL
経腸栄養剤	mL



各ステップは1～3日施行し7～10日かけて目標量に達するようにする。
 ※: 1kcal / mLの栄養剤を使用の場合、通常はステップ1から開始する。

胃ろう注入プロトコール(例)



各ステップは1～3日施行し7～10日かけて目標量に達するようにする。
 ※: 1kcal / mLの栄養剤を使用の場合、通常はステップ1から開始する。

引用・参考文献

コメディカルのための静脈経腸栄養ハンドブック : 163-165 日本静脈経腸栄養学会

水分の注入～経腸栄養実施時の水分注入方法について～

(1) 液体タイプの経腸栄養剤の水分補給方法

水分は経腸栄養剤よりも先に注入する。

理由) ①細菌繁殖の予防

経腸栄養剤は滅菌されているが、開封後に他の物質と混合すると、汚染が生じる可能性がある。^{※1、2}

②注入時間短縮

- ・水分は注入速度の配慮が不要なため、経腸栄養剤と別に注入することで、注入時間短縮が可能となり、患者の拘束時間短縮が可能となる。
- ・時間内に必要量を注入するために患者に負担になる早い速度での注入を行う必要が無くなり、速度が原因の消化器症状(下痢など)のトラブル回避につながる。

③逆流防止のため

経腸栄養剤注入後に追加で水分注入を行うと、胃内容物の総量が多くなり、胃食道逆流の原因になる。誤嚥リスクのある患者には、経腸栄養剤よりも先に水分注入を行うことが望ましい。^{※3}

④浸透圧

加水された経腸栄養剤が大腸内に流入すると水分吸収能を超え便形成出来ずに下痢を起こしてしまう。^{※4}

引用・参考文献

※1 Chan L, et al: Evaluation of the bacteriological contamination of a closed feeding system for enteral nutrition. Med J Malaysia 49(1):62-67,1994

※2 宇佐美真,ほか. 経腸栄養・投与栄養剤の調整法. 日本臨牀1991;49:231-217

※3 臨床栄養別冊JCNセレクト6 栄養療法に必要な水・電解質代謝の知識 医歯薬出版(株) 33P

※4 田代晃子、須藤博. 嘔吐、下痢による脱水. 総合臨牀2005;54(10):2599-2604

下痢の対策

(1) 原因

- ① **栄養剤の注入スピードが速い**
- ② 抗生剤、抗菌剤の長期投与
- ③ 胃酸分泌抑制剤 消化管運動改善薬の使用
- ④ 低アルブミン血症
- ⑤ 高浸透圧製剤・脂肪含有量の多い製剤の使用
- ⑥ 乳糖不耐症
- ⑦ 細菌感染
- ⑧ 感染性腸炎
- ⑨ 細菌汚染 清潔な注入用具が使用されていない。注入時の清潔操作がされていない

注入速度が速いと下痢
になりやすいので
注意！！

(2) 予防

- ① **長期間腸管を使わなかった時**
 - ・GFOの使用(経腸栄養開始前、3～7日間程度の使用)
 - ・腸が経腸栄養に適応できるまでは少量投与から徐々に量をアップさせる
- ② **経腸栄養剤の温度、投与速度を確認**
 - ・注入速度を下げる。注入開始時は、はじめはゆっくりと(マニュアル4P参照)
 - ・温める必要はない(常温保存のため)。どうしても下痢をする場合は、未開封のまま軽く湯せんする。
- ③ **細菌汚染防止**
 - ・投与器具は洗浄後、乾燥させ、清潔にしておく。
 - ・使い残しの経腸栄養剤はラップをかけて冷蔵庫に保存し当日中に使い切る
(最長でも12時間以内に使い切る)
- ④ **併用薬剤のチェック**
 - 下痢の原因となる可能性のある薬剤(抗菌薬、マグネシウム含有制酸薬、リン酸塩酸、ラクツロース、ソルビトール含有薬)の使用時に下痢を起こした場合は、医師や薬剤師に相談する。

(3) 対策

- ① **注入速度の調整**
 - 下痢が起こる前の速度まで落とす。注入開始時から下痢の場合は、現在より速度を落とす
- ② **浸透圧の高い製品や脂肪含有量の多い製品であれば、浸透圧の低いもの・脂肪含有量の少ないものへの変更**(粉製品であれば溶解量を調整・希釈する)
- ③ **食物繊維、ビフィズス菌、オリゴ糖などの使用**
- ④ **下痢が止まらない場合、一時的に中断し、止痢剤の使用を試みる。**

逆流防止対策

胃からの逆流は誤嚥性肺炎の原因になるので注意！！

以下の症状がみられたら、誤嚥を疑い、造影剤検査・レントゲン検査を行う。

- ・胃の内容物が口腔内に上がってくる
- ・咳や喘息など、呼吸が荒い
- ・原因がはっきりしない発熱が続く

ベッドサイドで行える方法として、吸引物にテストテープ（PHチェック5.5 JMS）による糖反応を利用し胃食道逆流現象を検出する方法もある。

予防と対策

- ・患者の上体を30～45度ベッドアップ。投与後も1時間ほど、その姿勢を保つ。
- ・注入前に胃内の減圧をする。
- ・消化管運動機能改善薬や胃酸分泌抑制剤の使用を試みる
- ・注入速度の調整
- ・カテーテル先端の位置を考慮する
経鼻の場合、先端を幽門後（十二指腸、空腸）に挿入、留置する
- ・半固形栄養剤の使用
- ・排便コントロール 注入前からの排便コントロールも重要。

早期栄養介入手順書

① 栄養スクリーニングを行う 入室時

- ・ MUST
- ・ NUTRIC Risk Scoreを実施

NUTRIC Risk Score
>5以上の場合
下記の手順に加えてNST介入する

② 栄養状態のアセスメント及び③カンファレンス、 栄養管理計画の作成を行う。

作成項目
・ 目標栄養量計画を作成する

- ・ 経腸栄養の禁忌が無い(腸閉塞、消化管出血、虚血性腸炎など)
- ・ 循環動態が比較的安定している
 - SBP(収縮期血圧) > 90mmHg、MAP(平均血圧) > 65mmHg
 - カテコラミンの増量がない
 - 尿量 > 0.5ml/kg/hもしくは腎代替療法導入中である

開始できない

8時間以内に
再評価

経腸開始可能

経口摂取可能

栄養計画及び、経腸栄養開始プロトコル
に基づき経腸栄養開始
※別紙参照

食事提供
(嚥下機能に問題ある人はST介入)

④ ⑤ 腸管機能評価を含むモニタリングを行う(1日3回)

モニタリング項目

- ・ 嘔吐 有無
- ・ 胃残 有無
- ・ 排便状況問題 有無(下痢・便秘)
- ・ 腸管の蠕動音 有無
- ・ 腸管栄養施行時の血圧低下 有無

問題なし

問題あり、医師に報告

栄養計画実行

⑥ 栄養計画の見直し

早期栄養介入管理加算（カルテ記載例）

カルテ記載日時 2021 年 8 月 31 日 17 時 36 分

病名	#縫合不全 #食道胃接合部がん
ICU 入室時刻	2021 年 8 月 26 日 11 時 12 分
入室時体重	65.2 kg (BMI 27.8)
経腸栄養開始時刻	2021 年 8 月 31 日 14 時 00 分 (GFO パウダー 速度 10 mL/hr)
栄養アセスメント	現体重 69.3 kg (BMI 29.6) Alb 2.1 g/dL CRP 15.48 mg /dL Lymphocyte 数 1250
目標投与量	投与 3 日目 熱量 772 kcal (15kcal/kg 標準体重) 投与 7 日目 熱量 1228 kcal (25kcal/kg 標準体重) インスロー(400mL)×3 バッグで熱量 1200kcal, 蛋白 60 g 補給可能
投与内容	輸液(末梢静脈) ビーフリッド (500 mL)×2 バッグ ポタコール R (500 mL)×1 バッグ ビタメジン ×1 バイアル 生理食塩水(合計) 323 mL 経腸(腸瘻) GFO パウダー(15g)×1 袋 (100 mL の水で溶解) 速度 10 mL/hr
投与栄養量	熱量 556 kcal 蛋白 34 g 脂質 0 g 糖質 106 g Na 150 mEq K 22 mEq P 10 mmol 水分 1923 mL NPC/N 比 77 PFC 比 24%:0%:76%
排泄	最終排便 8 月 29 日 粘液便 緑色 両手盛 下剤(-) ミヤ BM(-) 尿量 670 mL (8 月 30 日)
モニタリング	①8 月 30 日 22 時 腸蠕動音：減弱 腹部膨満感：なし 胃内残量：なし ②8 月 31 日 5 時 腸蠕動音：減弱 腹部膨満感：なし 胃内残量：なし ③8 月 31 日 14 時 腸蠕動音：減弱 腹部膨満感：なし 胃内残量：なし

ICU早期栄養介入シート

ID：	氏名：	年齢：	性別：	制作日：
病名：		主治医：		制作者：
入院日時： 月 日（ ） 時間： ：				
身長：	平常時体重：	BMI：	理想体重：	
入院前栄養摂取状況： ☐ 静脈栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 食事（内容： ） ☐ 絶食				
栄養状態： ☐ 問題なし ☐ 要観察 ☐ 軽度不良 ☐ 中等度不良 ☐ 重度不良				入室前Alb：

<栄養管理計画> BEE: _____ kcal 活動係数： _____ ストレス係数：

必要エネルギー（Ene）

必要たんぱく質（Pro）

窒素（N）

_____ kcal _____ kcal/kg・平常時体重 _____ g/kg・平常時体重
 _____ kcal/kg・理想時体重 _____ g _____ g/kg・理想時体重 _____ g

<栄養摂取状況> 経腸栄養 ☐ 問題なし ☐ 問題あり（ ）

経腸栄養開始日時 月 日 時 分～（入院後 時間）

① 月 日						② 月 日						③ 月 日					
体重						体重						体重					
	内容	量	Ene	Pro	N		内容	量	Ene	Pro	N		内容	量	Ene	Pro	N
PN						PN						PN					
EN						EN						EN					
DIET						DIET						DIET					
胃残量	ml					胃残量	ml					胃残量	ml				
排便						排便						排便					
その他						その他						その他					
Note						Note						Note					

④ 月 日						⑤ 月 日						⑥ 月 日					
体重						体重						体重					
	内容	量	Ene	Pro	N		内容	量	Ene	Pro	N		内容	量	Ene	Pro	N
PN						PN						PN					
EN						EN						EN					
DIET						DIET						DIET					
胃残量	ml					胃残量	ml					胃残量	ml				
排便						排便						排便					
その他						その他						その他					
Note						Note						Note					

退室時特記事項：

退室日

栄養スクリーニング・アセスメントシート			
ID		性別	
氏名		年齢	
氏名(カナ)		生年月日	
現疾患			
既往歴			
入室時間			
身長			cm
体重			Kg
BMI			m ² /kg
入室前Alb			mg/dL
入室前Hb			g/dL
入室前の食事摂取量低下	あり なし 不明		
入室前の栄養摂取状況	食事 経腸栄養 静脈栄養		
備考			
入室時点の栄養状態			
栄養障害なし 軽度栄養障害 中等度栄養障害 高度栄養障害			
栄養計画			

栄養スクリーニング・アセスメントシート(救命科)			
ID		性別	
氏名		年齢	
氏名(カナ)		生年月日	
現疾患			
既往歴			
入室時間			
身長			cm
体重			Kg
BMI			m2/kg
入室前Alb			mg/dL
入室前Hb			g/dL
入室前の食事摂取量低下		あり なし 不明	
入室前の栄養摂取状況		食事 経腸栄養 静脈栄養	
備考			
人工呼吸器管理		あり	なし
酸素需要		あり	なし
昇圧剤		あり	なし
強心剤		あり	なし
鎮痛薬		あり	なし
鎮静剤		あり	なし
筋弛緩薬		あり	なし
発熱		あり	なし
蠕動		あり	なし
胃残		なし	少量 中等量 多量
排便		なし	スケール○
その他			
入室時点の栄養状態			
栄養障害なし 軽度栄養障害 中等度栄養障害 高度栄養障害			
リフィーディング症候群のリスク			
なし 可能性あり 高い			
栄養計画			
経口摂取			
経管栄養			
15kcal/kg 20kcal/kg 25kcal/kg			
静脈栄養			