

【栄養管理計画書の様式例・記載例について】

栄養管理計画書について、（公社）日本栄養士会 医療事業推進委員会委員の所属施設
に対応した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・記入
方法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】

一般病院 A_●●病院の記載例..... 1

一般病院 A_▲▲病院の記載例..... 2

一般病院 B_■ ■病院の記載例..... 3

一般病院 B_★★病院の記載例..... 4

特定機能病院の記載例..... 5

リハビリテーション病院の記載例..... 6

精神科病院の記載例..... 7

栄養管理計画書

計画作成日 ○○○○.○○.○○

フリガナ ○○○○ ○○○○

氏 名 ○○ ○○ 殿 (女)

病 棟 ○病棟

1946 年 1月30日生(78歳)

担 当 医 師 名 ○○ ○○

入院日：○○○○年○○月○○日

担当管理栄養士名 ○○ ○○

入院時栄養状態に関するリスク

右大腿骨転子部骨折

身長138.0cm 体重31.8kg MNA-SF 6点 CC 24.0cm

嗜好による偏食あり、自歯・義歯なし、既往にCOPD・軽度認知症。

栄養状態の評価と課題

体重 31.8kg(測定日 ○ / ○)	BMI 16.7kg/m ²	体重減少(☒ 無・ ☐ 有)
浮腫(☒ 無・ ☐ 有(☐ 胸水・ ☐ 腹水・ ☐ 下肢)・ ☐ 不明)		
Alb値 3.2g/dl(測定日 ○ / ○)	Hb値 9.6g/dl(測定日 ○ / ○)	CRP 3.15mg/dl(測定日 ○ / ○)
☐ 測定無し	☐ 測定無し	☐ 測定無し
【GLIM基準による評価 (☐ 非対応)※判定： ☐ 低栄養非該当 ☒ 低栄養(☐ 中等度低栄養、 ☒ 重度低栄養)		
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)		
右大腿骨転子部骨折に伴う疼痛や入院に伴う環境変化により食事摂取量減少が予想される		

※GLIM基準による評価を行なっている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

栄養管理計画

目標	
・必要栄養量の経口摂取 (食べやすい形態・分量での食事提供)	
・低栄養状態の改善	
栄養補給に関する事項	
栄養補給方法 ☒ 経口・ ☐ 経腸(☐ 経口・ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻・ ☐ 腸瘻)・ ☐ 静脈	
栄養補給量	嚥下調整食の必要性
・エネルギー 1200kcal	☐ なし ☒ あり (学会分類コード： 4)
・たんぱく質 56.0g	
・水分 1200ml	
栄養補助食品の使用	食事内容
☐ 無・ ☒ 有(○○○○○○○)	軟菜きざみ(軟飯)食1/2
	栄養補助食品(○○○○○○○)
	留意事項
	豚肉禁止(嗜好)
	補助食品(飲料)は摂取良好
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性	☒ なし ☐ あり (内容 実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性	☒ なし ☐ あり (内容 実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性	☐ なし ☒ あり (内容 既往のCOPDに対応した食事 実施予定日：○月○日
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
元々食事をとると胸やけがあり、一度にたくさんは食べられない	
既往にCOPDあり、施設でも呼吸苦がある際はHOT 使用。食事摂取ムラが激しかった	
栄養状態の再評価の時期	実施予定日： ○月○日
退院時及び終了時の総合的評価	

栄養管理計画書

計画作成日 ○○○○.○○.○○

フリガナ ○○○○ ○○○○
氏 名 ○○ ○○ 殿 (女)

病 棟 ○病棟

1948 年 03月17日生(76歳)

担 当 医 師 名 ○○ ○○

入院日：○○○○年○○月○○日

担当管理栄養士名 ○○ ○○

入院時栄養状態に関するリスク

大腿骨頸部骨折→BHA方針

身長148.0cm体重65.0kgBMI29.6kg/m² 肥満Ⅱ度
認知機能低下はあるものの、受傷されるまではADL自立

栄養状態の評価と課題

体重 65.0kg(測定日 ○ / ○)	BMI 29.6kg/m ²	体重減少(☒ 無・ ☐ 有)
浮腫(☒ 無・ ☐ 有(☐ 胸水・ ☐ 腹水・ ☐ 下肢)・ ☐ 不明)		
Alb値 4.3g/dl(測定日○ / ○)	Hb値 13.4g/dl(測定日○ / ○)	CRP 0.6mg/dl(測定日○ / ○)
☐ 測定無し	☐ 測定無し	☐ 測定無し
【GLIM基準による評価 (☐ 非対応)】判定： ☒ 低栄養非該当 ☐ 低栄養(☐ 中等度低栄養、 ☐ 重度低栄養)		
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)		
現時点では低栄養非該当		

※GLIM基準による評価を行なっている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

栄養管理計画

目標	
・術後の臥床状態に配慮した食事の提供 ・現在の良好な栄養状態の維持	
栄養補給に関する事項	
栄養補給方法 ☒ 経口・ ☐ 経腸(☐ 経口・ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻・ ☐ 腸瘻)・ ☐ 静脈	
栄養補給量 ・エネルギー 1600kcal ・たんぱく質 60.0g ・水分 1600ml	嚥下調整食の必要性 ☒ なし ☐ あり(学会分類コード：)
栄養補助食品の使用 ☒ 無・ ☐ 有()	食事内容 脂質異常症食1600kcal
	留意事項 臥床時はピック食で提供
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性	☐ なし ☒ あり(内容 脂質異常症食について 実施予定日：○月○日
栄養食事相談の必要性	☒ なし ☐ あり(内容 脂質異常症食について 実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性	☐ なし ☒ あり(内容 脂質異常症食について 実施予定日：○月○日
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
軽度の認知機能低下あり、本人が調理担当者ではあるが、栄養指導時にご家族の同席が望ましい。	
栄養状態の再評価の時期	実施予定日： ○+1月○日
退院時及び終了時の総合的評価	

栄養管理計画書

計画作成日 2024.04.25

フリガナ ○○○○ ○○

氏 名 ○○○ ○○ 殿 (男・女)

病 棟 ○○病棟

○○ 年 ○ 月 ○ 日生 (6* 歳)

担 当 医 師 名 ○○○○

入院日： 2024.04.24

担当管理栄養士名 ○○○ ○

入院時栄養状態に関するリスク

MUST：2点 低BMIにより高リスク
HOT導入しており、エネルギー消費量が亢進している

栄養状態の評価と課題

体重 39.6 kg(測定日 4/24)	BMI 16.3 kg/m ²	体重減少(☒ 無・ ☐ 有)
浮腫(☒ 無・ ☐ 有(☐ 胸水・ ☐ 腹水・ ☐ 下肢)・ ☐ 不明)		
Alb値 3.2 g/dl(測定日 4/24)	Hb値 12.4 g/dl(測定日 4/24)	CRP 1.66 mg/dl(測定日 4/24)
☐ 測定無し	☐ 測定無し	☐ 測定無し
【GLIM基準による評価 (☐ 非対応) > 判定： ☐ 低栄養非該当 ☒ 低栄養(☐ 中等度低栄養、 ☒ 重度低栄養)		
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)		

※GLIM基準による評価を行なっている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。
栄養管理計画

目標		
術後の呼吸状態を考慮しながら、栄養補給をすすめる。 低BMIであり、体重維持を目的に周術期の栄養管理を行う。		
栄養補給に関する事項		
栄養補給方法 ☒ 経口・ ☐ 経腸 (☐ 経口・ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻・ ☐ 腸瘻)・ ☐ 静脈		
栄養補給量 ・ エネルギー 1300 kcal ・ たんぱく質 55g ・ 水分 1300 ml～		嚥下調整食の必要性 ☒ なし ☐ あり (学会分類コード：)
栄養補助食品の使用 ☒ 無・ ☐ 有 ()		食事内容 常食・小盛 (1600kcal たんぱく質60g)
		留意事項 なし
栄養食事相談に関する事項		
入院時栄養食事指導の必要性	☒ なし ☐ あり (内容	実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性	☒ なし ☐ あり (内容	実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性	☒ なし ☐ あり (内容	実施予定日： 月 日
備考		
上記については、術後の経過によりNSTの介入も含めて検討する		
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項		
術後ICU入室予定。挿管により経管栄養による栄養管理の可能性がある。		
栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 5月 2日		
退院時及び終了時の総合的評価		

栄養管理計画書

計画作成日 ○○○○.○○.○○

フリガナ ○○○○ ○○○○

氏 名 ○○ ○○ 殿 (男)

病 棟 ○病棟

1957 年 10月23日生(66歳)

担 当 医 師 名 ○○ ○○

入院日：○○○○年○○月○○日

担当管理栄養士名 ○○ ○○

入院時栄養状態に関するリスク

左化膿性関節炎、敗血症性ショック

身長172.0cm 入院前体重 (68kg)

MUST 3点 入院2ヶ月前から微熱が継続しており食事摂取量減少していた

栄養状態の評価と課題

体重 59.0kg(測定日 ○ / ○)	BMI 19.9kg/m ²	体重減少(☐ 無・ ☒ 有)
浮腫(☒ 無・ ☐ 有(☐ 胸水・ ☐ 腹水・ ☐ 下肢)・ ☐ 不明)		
Alb値 1.8g/dl(測定日○ / ○)	Hb値 13.1g/dl(測定日○ / ○)	CRP 36.35mg/dl(測定日○ / ○)
☐ 測定無し	☐ 測定無し	☐ 測定無し
【GLIM基準による評価 (☐ 非対応)※判定： ☐ 低栄養非該当 ☒ 低栄養(☐ 中等度低栄養、 ☒ 重度低栄養)		
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)		
入院前から微熱による食事摂取量減少と敗血症性ショックによる急激な炎症の上昇が要因となった重度低栄養		

※GLIM基準による評価を行なっている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

栄養管理計画

目標	
・意識レベル低下しており経口摂取困難なため経腸栄養での栄養投与を目指す	
・低栄養状態の改善	
栄養補給に関する事項	
栄養補給方法 ☐ 経口・ ☒ 経腸(☐ 経口・ ☒ 経鼻・ ☐ 胃瘻・ ☐ 腸瘻)・ ☐ 静脈	
栄養補給量	嚥下調整食の必要性
・エネルギー 1800kcal	☒ なし ☐ あり(学会分類コード：)
・たんぱく質 70.0g	食事内容 経腸栄養○○○○(最終○ml/日投与)
・水分 1800ml	留意事項 乳糖不耐症なし
栄養補助食品の使用	
☐ 無・ ☐ 有()	

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性	☒ なし ☐ あり(内容	実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性	☒ なし ☐ あり(内容	実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性	☐ なし ☒ あり(内容 経口摂取開始した場合退院前に実施	実施予定日：

備考

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

意識レベル低下しており、経口摂取開始までは時間を要すると思われるため、経鼻胃管投与にて必要栄養量充足が必要(経腸栄養投与による下痢などに注意)

栄養状態の再評価の時期 実施予定日： ○月○日

退院時及び終了時の総合的評価

栄養管理計画書

計画作成日 ○○年○月○日

フリガナ ○○○○ ○○○

氏 名 ○○ ○○ 殿 (女)

病 棟 ○病棟

○○年 ○月 ○日生(81歳)

担 当 医 師 名 ○○ ○○

入院日： ○○年○月○日

担当管理栄養士名 ○○ ○○

入院時栄養状態に関するリスク

脳出血による嚥下障害、眩暈後の嘔吐
義歯不適合にて咀嚼困難

栄養状態の評価と課題

体重 45.4kg(測定日○ / ○)	BMI 19.4kg/m ²	体重減少(☐ 無・ ☒ 有)
浮腫(☒ 無・ ☐ 有(☐ 胸水・ ☐ 腹水・ ☐ 下肢)・ ☐ 不明)		
Alb値 3.1g/dl(測定日○ / ○)	Hb値 11.6g/dl(測定日○ / ○)	CRP 0.2mg/dl(測定日○ / ○)
☐ 測定無し	☐ 測定無し	☐ 測定無し
【GLIM基準による評価 (☐ 非対応) ※判 定： ☐ 低栄養非該当 ☒ 低栄養(☐ 中等度低栄養、 ☒ 重度低栄養)		
表現型(☒ 体重減少 ☒ 低BMI ☒ 筋肉量減少) -8.2%/3W、CC：29cm		
病因(☒ 食事摂取量減少 / 消化吸収能低下 ☐ 疾病負荷 / 炎症)		

※GLIM基準による評価を行なっている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。
栄養管理計画

目標	
嚥下機能、咀嚼能力に適した食事の提供により低栄養状態の改善 自力摂取にて必要栄養量を確保できる	
栄養補給に関する事項	
栄養補給方法 ☒ 経口・ ☐ 経腸(☐ 経口・ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻・ ☐ 腸瘻)・ ☐ 静脈	
栄養補給量 ・エネルギー 1400kcal ・たんぱく質 60g ・水分 1490ml ・	嚥下調整食の必要性 ☐ なし ☒ あり (学会分類コード：2-2 中間とろみ)
	食事内容 七分食 きざみとろみ付 全粥180g とろみ付
	留意事項 左無視あり食器の入れ替え必要 自助食器
栄養補助食品の使用 ☐ 無・ ☒ 有(○○○○ゼリー)	

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性	☒ なし ☐ あり (内容	実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性	☒ なし ☐ あり (内容	実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性	☐ なし ☒ あり (内容	食事形態及び必要量 実施予定日： ○月 ○日

備考

退院後は施設入所のため施設の管理栄養士と情報共有

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

義歯作成予定であり歯科治療の経過や嚥下機能評価 (VF) にて食事形態の調整

栄養状態の再評価の時期 実施予定日： ○月 ○日

退院時及び終了時の総合的評価

栄養管理計画書

計画作成日 2024.6.〇〇

フリガナ ○○○○ ○○○○

氏 名 ○○ ○○ 殿 (男) 病 棟 ○病棟

1938 年 11月30日生(85歳) 担 当 医 師 名 ○○ ○○

入院日： 2024年6月〇〇日 担当管理栄養士名 ○○ ○○

入院時栄養状態に関するリスク

アルツハイマー型認知症
身長165.0cm 入院前の体重等は不明(60代は60kg位であったとのこと)
MNA-SF 5点 CC 26.5cm BPSD認められここ数か月は食事拒否・介護拒否が続いていた

栄養状態の評価と課題

体重 46.0kg(測定日 ○ / ○)	BMI 16.9kg/m ²	体重減少(☐ 無・ ☒ 有)
浮腫(☒ 無・ ☐ 有(☐ 胸水・ ☐ 腹水・ ☐ 下肢)・ ☐ 不明)		
Alb値 2.9g/dl(測定日 ○ / ○)	Hb値 10.9g/dl(測定日 ○ / ○)	CRP mg/dl(測定日 /)
☐ 測定無し	☐ 測定無し	☒ 測定無し
【GLIM基準による評価 (☐ 非対応)】判定: ☐ 低栄養非該当 ☒ 低栄養(☐ 中等度低栄養、 ☒ 重度低栄養)		
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)		
認知症に伴う食事摂取量減少が要因となった重度低栄養		

※GLIM基準による評価を行なっている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

栄養管理計画

目標		
・精神症状に配慮した食事の提供 ・低栄養状態の改善		
栄養補給に関する事項		
栄養補給方法 ☒ 経口・ ☐ 経腸(☐ 経口・ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻・ ☐ 腸瘻)・ ☐ 静脈		
栄養補給量 ・エネルギー 1800kcal ・たんぱく質 70.0g ・水分 1800ml		嚥下調整食の必要性 ☒ なし ☐ あり (学会分類コード:)
栄養補助食品の使用 ☐ 無・ ☒ 有(○○○○○○○)		食事内容 常食1400 栄養補助食品(○○○○○○○)
栄養食事相談に関する事項		留意事項 お握りなどは拒否なく摂取
入院時栄養食事指導の必要性	☒ なし ☐ あり (内容	実施予定日: 月 日
栄養食事相談の必要性	☒ なし ☐ あり (内容	実施予定日: 月 日
退院時の指導の必要性	☐ なし ☒ あり (内容 食事拒否時の対応	実施予定日: ○月○日
備考		
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項		
食具を上手く使用できないことで易怒的となり、その影響で食事を拒否している可能性が高い		
栄養状態の再評価の時期 実施予定日: ○+1月○日		
退院時及び終了時の総合的評価		