

【栄養情報提供書の記載例について】

栄養情報提供書について、(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

栄養情報提供書

記入日 ○○○○年 ○○月 ○○日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○○病院

担当医師又は管理栄養士 〇〇 〇〇 殿

担当医師又は管理栄養士 〇〇 〇〇 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日

年 月 日

患者氏名	〇〇 〇〇		男	生年	1944 年	5 月	4 日
身長	150 cm	(測定日〇〇〇〇年〇月〇日)	計測不能	月日	80 歳		
体重	50 kg	(測定日〇〇〇〇年〇月〇日)			BMI	22.2kg/m ² □算出不能	
体重変化	□無・ ☒ 有(2)週間・ヵ月/□増加・ ☒ 減少				変化量	-5 kg	
栄養状態の評価と課題(傷病名を含む) 慢性腎臓病 入院時 下肢浮腫、食欲不振あり 入院時の体重は55.0kgありましたが、浮腫が認められました。血液透析を導入し、除水により浮腫も徐々に軽減。 体液量適正となり、体重が減少しました。不均衡症候群も見られず、食事でも食べられるようになりました。							
【GLIM基準による評価(□非対応※1)】 判定: □低栄養非該当 ☒ 低栄養(☒ 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/消化機能低下、 ☒ 疾病負荷/炎症)							
栄養補給に関する事項					食事の摂取割合		
必要栄養量	エネルギー	1500 kcal	たんぱく質	50 g	主食	100 %	
摂取栄養量	エネルギー	1500 kcal	たんぱく質	50 g	主菜	100 %・副菜 100 %	
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等) 透析食 1500kcal 栄養補助食品 (〇〇〇〇〇を一日1本)						
	嚥下調整食の必要性	主食	☒ 無 □有(学会分類コード※2)				
		主食の種類(米飯) 主食量 : 120g					
		副食	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 量の調整: ☒ 無・□有()				
	□無	とろみ	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 製品名 :				
自助食器の使用: ☒ 無・□有 食事摂取状況: ☒ 自立・□一部介助・□全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等): 特記すべき事項はありません。							
経管栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):					
	□胃瘻						
	☒ 無 □その他						
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):					
	☒ 無 □中心						
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等 LIFE項目なども踏まえてフリー記載とする 慢性腎臓病が増悪し、血液透析導入となりました。 入院時は尿毒症症状により、食事摂取不良がありましたが、血液透析を導入後は尿毒症症状も解消し、浮腫も軽減しました。食欲も徐々に回復し、現状で全量摂取できています。栄養食事指導も施行し、ご家族も協力的です。また、貴院に情報提供させていただくことも了承をいただいています。							

※1GLIM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。

※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問い合わせ先 医療機関名： ○○○○病院

問い合わせ先 医療機関名： ○○○○病院

担当管理栄養士名 : ○○ ○○

電話番号： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (FAX)：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

電話番号： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (FAX)：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

栄養情報提供書

記入日 ○○○○年 ○○月 ○○日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○○病院

担当医師又は管理栄養士 ○○ ○○ 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日
○○○○年 ○○月 ○○日

患者氏名	○○ ○○	男	生年	1946年	1月	30日
身長	138 cm	(測定日○○○○年○月○日)	計測不能	BMI	17.3 kg/m ²	算出不能
体重	33 kg	(測定日○○○○年○月○日)				
体重変化	□無・ ☒ 有(2)週間・ヵ月 / ☒ 増加・□減少		変化量	1	kg	

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む) 右大腿骨転子部骨折、既往にCOPD 特記する消化器症状等無し
入院時は体重31.8kg、BMI 16.7kg/m²、MNA-SF6点、CC24cm GLIM基準では重度低栄養と判定。
入院後、食事量等調整して分割食対応した結果、食事摂取安定し体重やや増加傾向(MNA-SF7点)、CC は変化なし。
【GLIM基準による評価(□非対応※1)】 判定：□低栄養非該当 ☒低栄養(□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/消化機能低下、☒疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項				食事の摂取割合	
必要栄養量	エネルギー	1200kcal	たんぱく質	56.0g	主食 100%
摂取栄養量	エネルギー	1200kcal	たんぱく質	56.0g	主菜 100%・副菜 100%
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等) きざみ食ハーフ、主食は軟飯 +補助食品(○○) 付加対応				
	嚥下調整食の必要性	主食	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 主食の種類(軟飯) 主食量 : 50g		
		副食	□無 ☒ 有(学会分類コード※2 4) 量の調整：□無・ ☒ 有(ハーフ量)		
		とろみ	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 製品名 :		
□無	自助食器の使用： ☒ 無・□有 食事摂取状況： ☒ 自立・□一部介助・□全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等)： 嗜好により、好き嫌い多い。豚肉のみ禁止対応中。お粥は嫌いなため軟飯で摂取良好				
経管栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等)：			
	□胃瘻				
	□その他				
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等)：			
	□中心				

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等
入院3日目に骨折観血的手術施行。術前は食事は0～3割とすすまず、補助食品のみほぼ全量摂取可能。
術後も疼痛の訴え強く食欲不振が続く、食事は2～7割とムラあり。補助食品は変わらず摂取良好。
術後電解質異常(低Na血症)にて輸液で補正。医師の許可にて食事でも佃煮等付加で対応。
低Na改善傾向で、食事摂取も向上。自歯・義歯ないため、食形態はきざみ食(咀嚼に対応)。嚥下は問題なし。
主食は本人の嗜好でお粥が嫌いなため、軟飯で摂取良好。既往にCOPDあり、元々食事多いと胸やけ症状あるため、食事ハーフ、分割食で間食に補助食品(高脂質の飲料)付加で安定して摂取できています。

※1GLIM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。
※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問い合わせ先 医療機関名： ○○○○病院
担当管理栄養士名： ○○ ○○
電話番号： ○○○○-○○-○○○○ (FAX)：○○○○-○○-○○○○

栄養情報提供書

記入日 ○○○○年 ○○月 ○○日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○○病院

担当医師又は管理栄養士 ○○ ○○ 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日
○○○○年 ○○月 ○○日

患者氏名	○○ ○○	男	生年	1948年	3月	7日
身長	148 cm	(測定日○○○○年○月○日)	計測不能	BMI	29.6 kg/m ²	算出不能
体重	65 kg	(測定日○○○○年○月○日)		変化量	-	kg
体重変化	☒ 無・ ☐ 有(3)週間・ヵ月 / ☐ 増加・ ☐ 減少					

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む) 大腿骨頸部骨折→BHA術後 併存疾患：高血圧症、脂質異常症
入院時BMI 29.6kg/m²、肥満Ⅱ度 MNA-SF12点、GLIM基準では低栄養非該当と判定。
<PES報告> 自宅でも一日3食摂取され、病院食も全量摂取されていることを根拠にNO-1.1現時点では栄養問題なし。

【GLIM基準による評価(□非対応※1)】 判定：☒低栄養非該当 □低栄養(□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/消化機能低下、☒疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項					食事の摂取割合			
必要栄養量		エネルギー	1600kcal	たんぱく質	60.0g	主食 100%		
摂取栄養量		エネルギー	1600kcal	たんぱく質	60.0g	主菜 100%・副菜 100%		
経口 摂取	食事内容(治療食、補助食品等) EC食1600 主食はお握りに対応 主菜・副菜も2～3cm程度の一口大で串刺しで対応							
	嚥下 調整食の必 要性	主食	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2)					
			主食の種類(おにぎり) 主食量 : 150g					
			副食	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2) 量の調整： ☐ 無・ ☐ 有()				
				とろみ ☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2) 製品名 :				
□無	自助食器の使用： ☒ 無・ ☐ 有 食事摂取状況： ☒ 自立・ ☐ 一部介助・ ☐ 全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等):							
経管 栄養 ☒ 無	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等)：						
	□胃瘻							
	□その他							
静脈 栄養 ☒ 無	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等)：						
	□中心							

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等

術後も食欲あり、好き嫌がなく病院食摂取されています。自宅でも3食を定期的に摂取されていたようです。

乳製品の摂取習慣ありますが、摂取量は適量で、特に脂質の過剰摂取はなかったようです。

これまで通り、定期的にバランスの良い食事を摂取いただくようにお伝えしました。

リハビリを継続しながら、徐々に体重減量できるとよいと考えます。

※1GLIM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。
※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

栄養情報提供書

記入日 2024 年 05 月 12 日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○病院

担当医師又は管理栄養士 ○○○○ 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日
2024 年 05 月 13 日

患者氏名	○○○ ○○	男	生年	○○ 年 ○ 月 ○ 日
		女	月日	(6*) 歳
身長	155.5 cm (測定日 2024 年 4 月 24 日)	☐ 計測不能		BMI
体重	39.5 kg (測定日 2024 年 5 月 12 日)			
体重変化	☒ 無・ ☐ 有()週間・ヵ月 / ☐ 増加・ ☐ 減少	変化量	-0.1 kg	

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)
術前より○○肺腺維症により在宅酸素療法を導入中。今回左Ⅱ度気胸により外科的治療目的で入院。前回(4か月前)の退院以降、体重減少はないが低BMIは継続している。術後は経管栄養、嚥下調整食による栄養管理を行い現在は経口栄養のみの補給である。

【GLIM基準による評価(☐非対応※1)】 判定：☐低栄養非該当 ☒低栄養(☐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/消化機能低下、☒疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項			食事の摂取割合
必要栄養量	エネルギー 1300 kcal	たんぱく質 55 g	主食 100 %
摂取栄養量	エネルギー 1300 kcal	たんぱく質 60 g	主菜 100 %・副菜 100 %
☐ 無	食事内容(治療食、補助食品等) 五分菜食 全粥 220 g		
	嚥下調整食の必要性	主食	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2) 主食の種類() 主食量 :
		副食	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2) 量の調整: ☒ 無・ ☐ 有()
		とろみ	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2) 製品名 :
	自助食器の使用: ☒ 無・ ☐ 有 食事摂取状況: ☒ 自立・ ☐ 一部介助・ ☐ 全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等): なし		
経管栄養 ☒ 無	☐ 経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):	
	☐ 胃瘻		
	☐ その他		
静脈 ☒ 無	☐ 末梢	留意事項(製品名、投与速度等):	
	☐ 中心		

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等
術前より在宅酸素療法を導入中、術前は常菜形態を摂取していた。
術後は経口挿管管理となり、ICU入室中の早期から経管栄養を開始。
抜管後は呼吸状態を観察しながら経口摂取を再開。STからは、むせ込みがなく摂取可能と評価されている。
現在、易疲労感を考慮しながら軟菜食まで段階的に食上げを行い、48.7kg (BMI 18.5kg/m²相当) × 30kcalを摂取している。食上げ以降は低BMIの改善を目標にしていたが、現在は維持の状態である。

※1GLIM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。
※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問い合わせ先 医療機関名 : ○○病院

担当管理栄養士名 : ○○○○

電話番号 : ○○○ ○○○ ○○○○ (FAX) : ○○○ ○○○ ○○○○

栄養情報提供書

記入日 ○○○○年 ○○月 ○○日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○○病院

担当医師又は管理栄養士 ○○ ○○ 殿

【注2の場合】

左記管理栄養士への説明日
○○○○年 ○○月 ○○日

患者氏名	○○ ○○	男	生年	1957年	10月	23日
身長	172 cm	(測定日○○○○年○月○日)	□計測不能	BMI	19.3 kg/m ²	□算出不能
体重	57 kg	(測定日○○○○年○月○日)				
体重変化	□無・ ☒ 有(1)週間	○ヵ月	□増加・ ☒ 減少	変化量	2 kg	

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む) 左化膿性関節炎 敗血症性ショックで入院
入院時は体重59.0kg、BMI19.9kg/m²、MUST3点、GLIM基準では重度低栄養と判定。意識レベルは徐々に改善し経口摂取が開始となったものの、連日38℃台の発熱、左足の疼痛により食欲不振あり。経口摂取が進まない状況であったが、食事内容調整で徐々に摂取量は増加中も経口のみでは必要栄養量は摂取できておらず、経腸栄養（経鼻胃管）併用中。

【GLIM基準による評価(□非対応※1)】 判定：□低栄養非該当 ☒低栄養(☒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/消化機能低下、☒疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項				食事の摂取割合	
必要栄養量	エネルギー	1800kcal	たんぱく質	75.0g	主食 70%
摂取栄養量	エネルギー	1800kcal	たんぱく質	63.0g	主菜 60%・副菜 60%
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等) 軟菜食1500kcal 果物皮なし一口大カット、魚骨なし				
	嚥下調整食の必要性	主食	☒ 無 □有(学会分類コード※2)		
		主食の種類	(米飯) 主食量 : 130g		
		副食	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 量の調整: □無・□有()		
□無	とろみ	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 製品名 :			
	自助食器の使用: ☒ 無・□有 食事摂取状況: ☒ 自立・□一部介助・□全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等):				
経管栄養	☒ 経鼻	留意事項(製品名、投与速度等):			
	□胃瘻	○○○○○○600ml/日 (朝200ml-昼200ml-夕200ml)			
	□その他	投与速度: 50ml/h			
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等):			
	☒ 中心				

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等
介入前は食事で300kcal/日程度の摂取でしたが、主食を全粥から米飯に変更したり、食べやすいよう果物は皮を剥き一口大にカット、魚は骨なしへ変更するなど行い、現状で900kcal/日程度の摂取量まで増加しています。食欲不振も改善傾向ではありますが、食事のみでは必要栄養量充足には至っておらず、不足分を補う目的に経腸栄養投与継続中です。

※1GLIM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。
※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問い合わせ先 医療機関名 : ○○○○病院
担当管理栄養士名 : ○○ ○○
電話番号 : ○○○○-○○-○○○○ (FAX) : ○○○○-○○-○○○○

栄養情報提供書

記入日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

情報提供先医療機関・施設名 〇〇〇園

担当医師又は管理栄養士 〇〇 〇〇 殿

【注2の場合】
左記管理栄養士への説明日
〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

患者氏名	〇〇 〇〇	男	生年	〇〇年 〇〇月 〇〇日
身長	153 cm (測定日 〇年 〇月 〇日)	女	月日	82 歳
体重	46.4kg (測定日 〇年 〇月 〇日)			BMI 19.8kg/m ² □算出不能
体重変化	□無・ ☒ 有(2)週間・ ☒ 月 / ☒ 増加・□減少			変化量 1.2 kg
栄養状態の評価と課題(傷病名を含む) 右被殻出血、嚥下障害				
転院時、体重45.4kg (BMI19.4kg/m ²) で急性期入院時から8.2%/2Wの体重減少認め、GLIM基準で重度低栄養と判定。回復期転院後は食事形態の調整や栄養補助食品の使用により体重は回復している。CC30cm				
【GLIM基準による評価(□非対応※1)】 判定：□低栄養非該当 ☒ 低栄養(☒ 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/消化機能低下、□疾病負荷/炎症)				
栄養補給に関する事項				食事の摂取割合
必要栄養量	エネルギー 1452 kcal	たんぱく質 60 g	主食 100%	
摂取栄養量	エネルギー 1380 kcal	たんぱく質 62 g	主菜 90%・副菜 90%	
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等) 七分食 一口大 汁とろみ			
	嚥下調整食の必要性	主食	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 主食の種類(全粥) 主食量 : 180g	
		副食	☒ 無 □有(学会分類コード※2) 量の調整： ☒ 無・□有()	
		とろみ	□無 ☒ 有(学会分類コード※2 薄め) 製品名 : 〇〇〇	
□無	自助食器の使用：□無・ ☒ 有 食事摂取状況：□自立・ ☒ 一部介助・□全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等): 栄養補助食品 (〇〇〇〇ゼリー)			
経管栄養	□経鼻	留意事項(製品名、投与速度等)：		
養	□胃瘻			
	☒ 無 □その他			
静脈栄養	□末梢	留意事項(製品名、投与速度等)：		
養	☒ 無 □中心			
入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等				
嚥下障害や義歯不適合による咀嚼困難あり、きざみとろみ食 (学会分類コード2-2) から開始し、義歯調整、嚥下評価をしながら、七分食 (煮物中心の食事) 一口大まで摂取可能となりました。水分は薄めとろみが必要です。左半側無視や疲労感あり後半介助が必要な状況です。リハビリの間に栄養補助食品を1日1個 (150kcal) 提供していますが、今後は食事摂取量や体重変動をみながら追加の有無をご検討ください。ご家族へは食事形態や水分とろみの必要性について説明し、持ち込みのおやつの内容をご提案しました。				

※1GLIM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。
※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問い合わせ先 医療機関名： 〇〇〇〇病院
担当管理栄養士名： 〇〇 〇〇
電話番号： 〇〇-〇〇〇〇 (FAX)： 〇〇-〇〇〇〇

栄養情報提供書

記入日 2024年6月〇〇日

情報提供先医療機関・施設名 〇〇〇〇病院
担当医師又は管理栄養士 〇〇 〇〇 殿

【注2の場合】
左記管理栄養士への説明日
〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

患者氏名	〇〇 〇〇	性別	男	生年月日	1938年 11月 30日	
身長	165 cm	(測定日〇〇〇〇年〇月〇日)	☐ 計測不能		BMI	18.4 kg/m ² ☐ 算出不能
体重	50 kg	(測定日〇〇〇〇年〇月〇日)				
体重変化	☐ 無・ ☒ 有(3)週間・ヵ月 / ☒ 増加・ ☐ 減少				変化量	4 kg

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む) アルツハイマー型認知症 特記する身体疾患・消化器症状等無し
入院時は体重46.0kg、BMI 16.9kg/m²、MNA-SF 5点、食事拒否強く、GLIM基準では重度低栄養と判定。入院後、食事環境に配慮して対応した結果、食事拒否消失し体重、BMIは上記まで回復した(MNA-SF10点、CC 29.3cmまで改善)。

【GLIM基準による評価(☐非対応※1)】 判定：☒低栄養非該当 ☐低栄養(☐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/消化機能低下、☐疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項				食事の摂取割合	
必要栄養量	エネルギー	1800kcal	たんぱく質	80.0g	主食 100%
摂取栄養量	エネルギー	1800kcal	たんぱく質	80.0g	主菜 100%・副菜 100%
経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等) 常食1800 主食は2～3cmのお握りに対応 主菜・副菜も2～3cm程度の一口大に対応				
	嚥下調整食の必要性	主食	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2)		
		副食	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2) 量の調整： ☐ 無・ ☐ 有()		
		とろみ	☒ 無 ☐ 有(学会分類コード※2) 製品名：		
☐ 無	自助食器の使用： ☒ 無・ ☐ 有 食事摂取状況： ☐ 自立・ ☒ 一部介助・ ☐ 全介助 留意事項(食物アレルギー、禁止食品、その他食事に関する強いこだわり等)： お握り等は手掴みで食べますが、主菜・副菜は適宜介助が必要です				
経管栄養	☐ 経鼻	留意事項(製品名、投与速度等)：			
	☐ 胃瘻				
	☐ その他				
静脈栄養	☐ 末梢	留意事項(製品名、投与速度等)：			
	☐ 中心				

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等
入院時はBPSDと思われる食事拒否等が認められたが、主食をお握りへ変更したところ手掴みで摂取するようになり、その後は拒否なく食事を摂取しています。主菜・副菜等も手掴みで食べようとする事はありますが、その際は、適宜、食事介助することで易怒的になることなく落ち着いて食事を摂取しています。

※1GLIM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。
※2日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問い合わせ先 医療機関名： 〇〇〇〇病院
担当管理栄養士名： 〇〇 〇〇
電話番号： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (FAX)： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇