

栄養管理計画書

計画作成日 _____

フガナ

氏名 _____ 殿 (男・女)
 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

病棟 _____

担当医師名 _____

入院日: _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

| |
|--|
| |
|--|

栄養状態の評価と課題

| |
|---|
| <p>【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) 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)</p> |
|---|

※ GLIM基準による評価を行っている場合は、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 | |
| | |
| 栄養補給に関する事項 | |
| 栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・ | 栄養補給方法 □経口 □経腸栄養 □静脈栄養 嚥下調整食の必要性 □なし □あり (学会分類コード: _____) 食事内容 留意事項 |
| 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 | |
| | |
| その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項 | |
| | |
| 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 | |
| | |