

栄養サマリー（手書き版）

管理栄養士⇒管理栄養士

下記患者様の栄養管理、摂食嚥下機能など、当施設での現状をご報告させていただきます。

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳
診断名	(年 月 日発症)							
既往歴	摂食・嚥下関連のみ	脳血管疾患・神経筋疾患・誤嚥性肺炎・COPD・認知症・頭頸部術後						
身長	cm (月 日)	BMI	血液検査値	年	月	日	Alb	g/dl
体重	kg (月 日)		体重減少	有・無	低栄養状態 (リスクレベル)		低・中・高	要介護度
栄養補給方法	経口・経管・静脈		経腸栄養剤の製品名:					
提供食事内容	一般食・治療食・嚥下訓練食		義歯: 無・有 ()					
エネルギー kcal	治療食/療養食	減塩 (g)	糖尿病	腎臓病	肝臓病	胃潰瘍		
蛋白質 g		貧血	脂質異常症	痛風	その他()			
水分 ml	主食	米飯 粥(全・七分・五分・三分) ペースト粥(スベラカーゼ使用・未使用)						
()	(g)	一口大おにぎり パン 麺 その他()						
()	副食	献立	常菜 軟菜 その他()					
		大きさ	2cm・1cm・0.5cm・0.3cm以下・その他()					
		処理	フードプロセッサー・ミキサー・うらごし・圧力鍋・その他()					
		汁物	そのまま・ゼリー・トロミ・その他()					
	トロミ剤使用	無・有 名称() 使用量(cc g)						
	トロミ加減	フレンチドレッシング状 とんかつソース状 ケチャップ状 マヨネーズ状 その他()						
	禁食対応・制限事項							
食事摂取状況	主食:	割	食事時間:	分				
	副食:	割	補食:	無・有()				
水分摂取状況	そのまま 吸い飲み使用 ストロー使用 トロミ剤使用 水分補給ゼリー その他()							
食事介助の必要性	自立	見守り	一部介助	半介助	全介助	その他()		
使用食器・器具	はし・小スプーン・中スプーン・大スプーン・小フォーク・大フォーク・エプロン・その他()							
好きな食べ物	無・有 ()							
嫌いな食べ物	無・有 ()							
食物アレルギー	無・有 ()							
服薬による禁忌	無・有 ()							
食事に関する問題点								
食事に対する 本人・家族の要望								
特記事項								

ご不明な点をご連絡くださいますようお願い申し上げます。 令和 年 月 日

施設名

記入者(管理栄養士):

連絡先 電話:

FAX:

栄養サマリー(手書き版)記入例

栄養サマリー(手書き版) 管理栄養士⇒管理栄養士			
下記患者様の栄養管理、摂食嚥下機能など、当施設での現状をご報告させていただきます。			
フリガナ 氏名	子ガサキ タロウ 男 茅ヶ崎 太郎 女	生年月日 大正 昭和 平成 令和 7 年 4 月 1 日	年齢 88歳
診断名	糖尿病 高血圧 (平成12年 8月 日発症)		
既往歴	摂食・嚥下関連のみ 脳血管疾患・神経筋疾患・誤嚥性肺炎・COPD・認知症・頭頸部術後		
身長	162 cm (4月 1日)	BMI	血液検査値 R 年 4月 1日 Alb 3.6g/dl 要介護度
体重	46 kg (4月 1日)	17.5	体重減少 有・無 低栄養状態 (リスクレベル) 低・中・高 要介護度
栄養補給方法	経口・経管・静脈 経腸栄養剤の製品名:		
提供食事内容	一般食・治療食・嚥下訓練食 嚥害: 無・有 ()		
エネルギー 1500 kcal	治療食/療養食	減塩 ()	糖尿病 腎臓病 肝臓病 胃潰瘍
蛋白質 60 g		貧血 脂質異常症 痛風 その他()	
水分 ml	主食	米飯 粥(全・七分・五分・三分) ペース粥 (イラカゼ使用・未使用)	
		一口大おにぎり パン 麺 その他()	
	副食	献立 常菜 軟菜 その他()	
		大きさ 2cm・1cm・0.5cm・0.3cm以下 その他()	
		処理 フードプロセッサ・ミキサー・うらごし・圧力鍋・その他()	
		汁物 そのまま・ゼリー・トロミ・その他()	
	トロミ剤使用	無 (有 名称(トロミパーフェクト)使用量(100cc /日))	
	トロミ加減	フレンチドレッシング類 とんかつソース類 ケチャップ類 マヨネーズ類 その他()	
	禁忌対応・制限事項		
食事摂取状況	主食: 割	食事時間: 分	
	副食: 割	補食: 無・有()	
水分摂取状況	そのまま 吸い飲み使用 スロー使用 トロミ剤使用 水分補給ゼリー その他()		
食事介助の必要性	自立 見守り 一部介助 半介助 全介助 その他()		
使用食器・器具	はし・小スプーン・中スプーン・大スプーン・小フォーク・大フォーク・エプロン・その他()		
好きな食べ物	無・有 (果物 甘い物)		
嫌いな食べ物	無・有 (生野菜)		
食物アレルギー	無・有 ()		
服薬による禁忌	無・有 (ローファリン服用中)		
食事に関する問題点			
食事に対する本人・家族の要望	本人が好きな物を食べさせて欲しい		
特記事項			
連絡先と担当栄養士名は必ず記入してください。	ご不明な点はお連絡くださいますようお願い申し上げます。 令和 2年 4月 1日 施設名 ○○○○病院・施設 記入者(管理栄養士): 茅ヶ崎 太郎 連絡先 電話: 0467-xx-△△△△ FAX: 0467-xx-○○○○		

身長・体重は測定日も記入してください。不明の場合は不明と記入してください。体重減少率が大きい場合は特記事項に記載してください。

減塩食の場合、塩分量を入力してください。

指示栄養量を記載してください。特に治療食の場合は必要な栄養素名と提供量を記載してください。

とろみの状態を選択してください。とろみのイメージはユニバーサルデザインフードの統一表示です。

小スプーンはティースプーン、大スプーンはディナーズプーン、中スプーンはその間の大きさです。

連絡先と担当栄養士名は必ず記入してください。

血液検査でアルブミン値を測っていれば値を記入してください。また、低栄養状態(リスクレベル)にチェックを入れてください。その他栄養管理で参考になる血液検査値の情報は「特記事項」に記載してください。*介護保険施設では栄養状態が良好でも栄養補給方法により、リスクレベルが中になることもあります。

主に加算のとれるものを記載してあります。

選択肢に無い場合はその他に記載してください。

補食有の場合は具体的な商品名と量を記載してください。

栄養サマリーの項目にないもの、また特記すべき内容がある場合は記載してください。