

栄養管理情報提供書

医療法人社団悠翔会 管理栄養士 宛

記入日 年 月 日

記入者 様

※可能な範囲で下記をご記入ください

連絡先

氏名	ふりがな	様	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	明治・大正・昭和・平成
			<input type="checkbox"/> 女	電話番号	年 月 日
住所	東京都				
主な介護者	様 (続柄:)				

介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中				
被保険者番号		認定の有効期間	年 月 日		
保険者番号	(区)		~	年 月 日	
利用者負担の割合	割	開始年月日	年 月 日		
		終了年月日	年 月 日		

身体状況	身長	cm (年 月 日 測定)
	体重	kg 最近の傾向: 増加・変化なし・減少
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あるが使っていない

調理担当者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> レトルト <input type="checkbox"/> その他()				
食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> ペースト粥 <input type="checkbox"/> 全・7分・5分・3分粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 麺 <input type="checkbox"/> おにぎり			
	副食	<input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> きざみ(細・荒) <input type="checkbox"/> カット(cm大) <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 普通			
	水分	<input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみあり(<input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ) <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> 摂取不可			
留意事項	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー()				
	<input type="checkbox"/> 服薬による禁止食品()				
	<input type="checkbox"/> その他				

ご本人およびご家族様からの希望	※困っていることや聞きたいことなど				
-----------------	-------------------	--	--	--	--

特記事項 治療・介護経過などについて					
-----------------------	--	--	--	--	--