

栄養情報提供書(唐津版記入例①経口摂取)

記入日 令和6 年 11 月 23 日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○○病院・施設

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
令和6 年 11 月 25 日

患者氏名	○○ ○○	男 女	生年月日	昭和38 年 11 月 1 日 (61) 歳
身長	165 cm(測定日 令和6 年 10 月 9 日 □ 計測不能)	BMI		21.9 kg/m ² □ 算出不能
体重	59.6 kg(測定日 令和6 年 11 月 13 日)			
体重変化	変化なし ・ 過去 1 ()週間(力月) / 増加 ・ 減少	変化量	3.9 kg	

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)

高血圧 腎機能障害
リハビリは歩行訓練が行われており、食事摂取量は入院後増量は出来たが1400kcal/日程度に留まっている

【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/消化吸収能低下 □ 疾病負荷/炎症)

栄養補給に関する事項

必要栄養量	エネルギー 1800 kcal	たんぱく質 65 g	
提供栄養量	エネルギー 1800 kcal	たんぱく質 65 g	
摂取栄養量	エネルギー 1400 kcal	たんぱく質 50 g	

刻み食はサイズも記入する

経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)		
	主食:米飯135g(朝:100g 昼・夕:135g) 副食:並菜 一口大(2~3cm程度) 補助食品:朝)フロッカ 昼)ケリミール タ)ケリミール *飲み物は食事時間以外で摂取可能なため、ケリミールを1日2回付けました		
	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)
とろみ		☒ 無 ☒ 有 (学会分類コード※2)	
□ 無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):		
経管栄養 ☒ 無	☐ 経鼻	留意事項(製品名、選定理由、代替製品の可否、投与速度等):	
	☐ 胃瘻		
	☐ その他		
静脈栄養 ☒ 無	☐ 末梢	留意事項(製品名、選定理由、代替製品の可否、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

元々独居で、塩辛い物を好み、飲酒なし。R6.8月頃から食欲不振で2か月間で6%の体重減少で10/1に当院へ入院(浮腫あり)。入院後1ヶ月間は1000kcal/日未満の摂取が続き、その後徐々に食事摂取増量は出来ましたが十分ではありません。体重は利尿を行っており意図的な減少です。(BMIは保持)。座位保持(ベッド端坐位)や摂食嚥下の問題はありません。主食量をご本人の希望で調整し、副食の残食があり補助食品を使用しました。どうぞよろしくお願いいたします。

※1 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。
※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名: ○○○○○○病院

担当管理栄養士名: ○○ ○○

電話番号: 0955-○○-○○○○ (FAX): 0955-○○-○○○○

栄養情報提供書(唐津版記入例②嚥下調整食)

記入日 令和6 年 10 月 20 日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○○病院・施設

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

令和6 年 10 月 18 日

患者氏名	○○ ○○	男・女	生年月日	昭和8 年 11 月 1 日 (91)歳
身長	144 cm(測定日 令和6 年 9 月 17 日 □ 計測不能)	BMI		23.1 kg/m ² □ 算出不能
体重	47.9 kg(測定日 令和6 年 10 月 8 日)			
体重変化	変化なし ・ 過去 ()週間・カ月 / 増加 ・ 減少	変化量	kg	

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)

廃用症候群・慢性心不全
義歯なし、嚥下テストは水飲み4点・フード4点。咀嚼・嚥下に要配慮の状態での摂取量確保

【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/消化吸収能低下 □ 疾病負荷/炎症 ()

栄養補給に関する事項

必要栄養量	エネルギー	1150 kcal	たんぱく質	45 g	
提供栄養量	エネルギー	950 kcal	たんぱく質	45 g	
摂取栄養量	エネルギー	950 kcal	たんぱく質	45 g	

経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)			形態や製品等、補足事項があれば記載する
	朝)クリームプリン(ハウス)(分類コード1j) 昼・夕)メイバランスソフトJelly 1/2個(明治)			
	嚥下調整食の必要性	主食	□ 無 ☒ 有 (学会分類コード※2 2-1) ミキサー100g	
	副食	□ 無 ☒ 有 (学会分類コード※2 2-1) ミキサー		
とろみ	□ 無 ☒ 有 (学会分類コード※2) つるりんこQuickI(ケリニコ)			
□ 無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等): 食事摂取状況:全介助 アレルギー:エビ、カニ			
経管栄養 ☒ 無	□ 経鼻	留意事項(製品名、選定理由、代替製品の可否、投与速度等):		
	□ 胃瘻			
	□ その他			
静脈栄養 ☒ 無	□ 末梢	留意事項(製品名、選定理由、代替製品の可否、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

上記形態で介助摂取はスムーズで、950kcal/日摂取が2週間続いています。
食事の内容は、主食・副食2品とゼリー1個(品)です。栄養密度の低いミキサー食において、食事容量を抑えてある程度の栄養摂取が出来ることを考えてゼリーを追加、ミキサーの形状はスプーンで掬って垂れない程度にとろみを付けています。
BMIは保たれた状態で体重維持が出来ており、950kcal/日で続けました。どうぞよろしくお願い致します。

※1 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。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名: ○○○○○○病院

担当管理栄養士名: ○○ ○○

電話番号: 0955-○○-○○○○ (FAX): 0955-○○-○○○○

栄養情報提供書(唐津版記入例③経管栄養)

記入日 令和6 年 11 月 20 日

情報提供先医療機関・施設名 ○○○○病院・施設

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
令和6 年 11 月 18 日

患者氏名	○○ ○○	男・女	女	生年月日	昭和8 年 11 月 1 日
身長	130 cm(測定日 令和6 年 10 月 9 日)	計測不能			
体重	28.5 kg(測定日 令和6 年 11 月 13 日)			BMI	16.9 kg/m ² 算出不能
体重変化	変化なし 過去 () 週間・カ月	増加	減少	変化量	kg

栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)

経口摂取は困難で、経鼻経管栄養中。総胆管結石があり、肝胆道系酵素の上昇中。

【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/消化吸収能低下 ☐ 疾病負荷/炎症 ()

栄養補給に関する事項

必要栄養量	エネルギー	950 kcal	たんぱく質	35 g
提供栄養量	エネルギー	450 kcal	たんぱく質	18 g
摂取栄養量	エネルギー	450 kcal	たんぱく質	18 g

経口摂取	食事内容(治療食、補助食品等)		
	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)
		とろみ	☐ 無 ☐ 有 (学会分類コード※2)
☒ 無	留意事項(食物アレルギー、その他禁止食品等):		
経管栄養 ☐ 無	☒ 経鼻	留意事項(製品名、選定理由、代替製品の可否、投与速度等):	
	☐ 胃瘻	標準的な製品を選択しました(代替可) メイバランス1.0Zパック 容量・回数: 150ml×3 補水量: 150ml×3	
	☐ その他		
静脈栄養 ☒ 無	☐ 末梢	留意事項(製品名、選定理由、代替製品の可否、投与速度等):	
	☐ 中心	点滴は11/12で終了しています	

当該製品を選んだ理由
や代替の可否についても
記載する

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等

普段 施設での経口摂取は、開口せず捕食しても吐き出す状態で、食事は摂れていなかったようです。10/9発熱で肺炎の診断で入院されました。入院後、心不全・胸水・胆石・胆管拡張などを確認し、入院後10日間ほどの絶食を経て、経鼻経管栄養開始となりました。開始はメイバランス1.0 100ml×3、その後11/6より150ml×3へ増量し継続しています。栄養開始後も吸引は行っており、下痢はありません。どうぞよろしくお願い致します。

※1 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。
※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先 医療機関名: ○○○○○○病院

担当管理栄養士名: ○○ ○○

電話番号: 0955-○○-○○○○ (FAX): 0955-○○-○○○○