

居宅栄養指導・利用者様基本情報

※介護保険書添付してください

利用者名	〒 - 大阪府 市 Tel. - - (ふりがな)				男	要介護度
生年月日	明・大・昭 年 月 日				女	<input type="checkbox"/> 経過的要介護 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
ケアプラン 実施日	年 月 日				記入者	
家族構成と キーパーソン	本人 -	主たる買い物担当者:		介護保険保険者		
主たる介護者		主たる食事準備担当者:		記号: 番号		
		主たる共食の者:		有効期限		
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向						
主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む)	1 よい	2 まあよい	3 ふつう	4 あまり よくない	5 よくない	(コミュニケーション) <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (
ケアマネ; 〒						
食事の提供のための必要事項(年 月 日現在)				多職種による栄養ケアの課題(低栄養状態関連問題)		
嗜好	具体的に			SGA評価 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 高度	<input type="checkbox"/> 5嘔気・嘔吐(日～	
禁忌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 具体的に()			<input type="checkbox"/> 1皮膚の状態 具体的に()	<input type="checkbox"/> 6下痢(下剤の常用を含む)	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 具体的に()			<input type="checkbox"/> 2口腔内の問題	<input type="checkbox"/> 7便秘(回/ 日)	
療養食の指示	<input type="checkbox"/> 低栄養改善 <input type="checkbox"/> 治療食(要 医師の指示)			<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 8浮腫(部位	
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 義歯の不都合	<input type="checkbox"/> 9脱水疑(腋下・口唇の乾燥等)	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥・軟菜 <input type="checkbox"/> セリ・ペースト			<input type="checkbox"/> 味覚の低下	<input type="checkbox"/> 10感染	
経済状況	1.年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2.療育手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3.生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4.仕送 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5.その他 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 11発熱(日～	
その他注意事項				<input type="checkbox"/> 3食欲低下(日～	<input type="checkbox"/> 12経腸栄養(内容	
				<input type="checkbox"/> 4摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/> 13静脈栄養(内容 投薬内容 ()	

※不明な部分は不明と記入してください。

居宅療養指導指示書

主治医情報	施設名: Tel. 住所 〒 - 氏名	身長	
サービス 提供先	社会医療法人 阪南医療福祉センター 阪南中央病院 〒580-0023 松原市南新町3丁目3番28号 Tel.072-333-2100 FAX335-2005	体重	
現疾患	既往症	BMI	
指導内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 膵・胆疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 消化器疾患() <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 高度肥満 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他()		
エネルギー	<input type="checkbox"/> 1800kcal <input type="checkbox"/> 1600kcal <input type="checkbox"/> 1400kcal <input type="checkbox"/> 1200kcal <input type="checkbox"/> 1000kcal <input type="checkbox"/> その他(評価に応じたエネルギー)		
蛋白質	<input type="checkbox"/> 70g <input type="checkbox"/> 60g <input type="checkbox"/> 50g <input type="checkbox"/> 40g <input type="checkbox"/> 30g <input type="checkbox"/> その他(評価に応じた蛋白量)		
塩分	<input type="checkbox"/> 8g <input type="checkbox"/> 6g <input type="checkbox"/> 4g <input type="checkbox"/> 制限無し <input type="checkbox"/> その他(評価に応じた塩分量)		
その他			