

栄 養 サ マ リ ー

松下介護老人保健施設 はーとぴあ 宛

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)	
病 名				
体 位	身長 cm	体 重 kg		
食 事 関 連	形 態	主 食	副 食	
	禁止 又は アレルギー			
	特記事項	※経管栄養の場合は、種類（商品名・規格等）と注入量・回数をご記入下さい		
	食事成分	En kcal Prot g Nacl g		
	食 種	(年 月 日より)		
	経口加算	経口移行 経口維持 I II	(年 月 日より)	
	摂取状況	自立		一部介助
		介 助		
		主 食	%	副 食 %
		食 器	箸 スプーン	フォーク ストロー付コップ
自助具		自助箸	自助スプーン 自助食器	
嚥下状態		良好 普通	問題あり (食べ物 水分 両方)	
水分とろみ		無し	ゆるめ 普通 きつめ	
摂取時間	分程度			
採血 (年 月 日)				
Hb		Alb		
FBS		HbA1c(※)		
AST(GOT)		LDL-C		
ALT(GPT)		HDL-C		
GGT(r-GTP)		TG		
UN(BUN)		CRE		
Na/K	/	UA		

※HbA1cについては糖尿病の方のみで結構です。
※データについては資料を添付して頂いても結構です。

上記の通り情報を提供します

年 月 日

施設名および住所

電 話
記入者

(職種)