

## 栄 養 サ マ リ ー 記 入 例

- 施設から施設に移る方の例
- 急変し、病院へ入院する方の例
- 糖尿病食の方の例
- 手術後、施設に戻る方の例
- 嚥下機能が回復途中で退院される方の例
- 特別な嗜好がある方の例

# 栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

施設から施設に移る方の例

（送付先施設名） 特別養護老人ホーム〇〇第

西暦で記入する施設は、西暦で！

記入日	2019年6月7日	連絡先TEL	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
記入施設	介護老人保健施設〇〇	記入者名	〇〇 〇〇

ふりがな氏名	あたま しずこ 熱海 静子	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇年〇月〇日（88歳）
--------	------------------	---	------	---

身体状況	身長	138 cm	（2018年9月11日）	主病名	看護サマリー同様	
	体重	44.2 kg	（2019年6月9日）			
	BMI	23.2	血液データ・栄養指標	Alb g/dl・HB g/dl	MNA 12	（2019年4月19日）
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（部位）			嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良（）
	口腔	自歯（ <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無）義歯（ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 部分・ <input checked="" type="checkbox"/> 総）			状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良（）

経管栄養（胃瘻）		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

（提供食事内容）	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食（ <b>常食</b> ）・ <input type="checkbox"/> 療養食（ <input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input type="checkbox"/> その他（））	エネルギー	1600 kcal	内服による禁止食品	
		食塩	9 g	アレルギー	
				嗜好	好きな食べ物
				嗜好	嫌いな食べ物

食事形態	嚥下調整食分類2013	学会分類2013(食事) : <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他（）	
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット（ cm角）・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input type="checkbox"/> その他（）	
	水分	とろみ（ <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有）【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状)】	

食事摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量	主食（10割）	
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（）		副食（10割）	
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input checked="" type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他（）			
	症状（問題点）	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下（ <input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副） <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容（） <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ <b>エプロン使用</b> ）			

**特記事項**

2018年9月11日～施設入所されている方です。

視力障害のため、食器の場所を固定し、配膳時に献立の説明を行っていました。また、食べ残しに気づかないことがあるため、声かけが必要です。

当施設入所中の体重記録を別紙添付します。

よろしく願いいたします。

# 栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

急変し、病院へ入院する方の例

（送付先施設名） ○○病院 栄養士 様

記入日	R 1 年 6 月 20 日	連絡先TEL	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
記入施設	〇〇特別養護老人ホーム	記入者名	〇〇 〇〇

ふりがな氏名	しずおか あつお 様 静岡 熱男	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇 年 〇 月 〇 日（ 84 歳）
--------	---------------------	----	---	------	--

身体状況	身長	154 cm ( R 1 年 5 月 24 日 )	主病名	看護サマリー同様	
	体重	42.6 kg ( R 1 年 5 月 24 日 )			
	BMI	18.0	血液データ・栄養指標	Alb 2.1 g/dl ・HB 10.2 g/dl	( H 31 年 2 月 1 日 )
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位 仙骨部)	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ( )	
	口腔	自歯 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) 義歯 ( <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )	状態	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ( )	

経管（胃瘻）栄養		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

（提供食事内容） 経口栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食 ( ソフト食 ) ・ <input type="checkbox"/> 療養食 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 ・ <input type="checkbox"/> 減塩 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) )			
	エネルギー	1200 kcal	内服による禁止食品	無し
	食塩	8 g	アレルギー	無し
	( )	嗜好	好きな食べ物	甘い物
	( )	嗜好	嫌いな食べ物	酸っぱい物・辛い物

ここには、急変後の状況を記入

食事形態	嚥下調整食分類2013	学会分類2013(食事) : <input type="checkbox"/> 0j ・ <input type="checkbox"/> 0t ・ <input type="checkbox"/> 1j ・ <input type="checkbox"/> 2-1 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 2-2 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット ( cm角 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> ムース ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	水分	とろみ ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状) ・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】	

食事摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量	主食	( 7 割 )
	自助食器	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 自助皿、自助スプーン )		副食	( 7 割 )
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸 ・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン ・ <input type="checkbox"/> フォーク ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	症状(問題点)	<input checked="" type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・ <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input checked="" type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし <input checked="" type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取量低下 ( <input checked="" type="checkbox"/> 主・ <input checked="" type="checkbox"/> 副 ) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

特記事項  
先月まで、全粥常食をほぼ全量自力摂取にて召し上がっておりました。6/10～てんかん発作後より嚥下機能低下し、全粥ペースト・副食ムースで提供しております。口腔内に食物を溜め込んでしまうため、声かけ必要。食事の認識なく一部支援を行っております。水分は中間のとろみで、スプーンで介助にて飲まれております。水日800cc程度の摂取です。体動も少なくなり、仙骨部発赤の為フィルム保護で処置をしています。保持・体位交換等に対応し、補食は現在はまだしていません。  
よろしく願いいたします。

急変前の状況が分かるように記入

# 栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

糖尿病食の  
方の例

（送付先施設名） ○○施設 栄養士 様

記入日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	連絡先TEL	○○○○-○○-○○○○
記入施設	○○病院	記入者名	○○ ○○

ふりがな 氏名	かも いずお 賀茂 伊豆夫 様	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日（ 84 歳）	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和
------------	--------------------	---	----------------------------	--

身体状況	身長	162 cm ( R 1 年 6 月 22 日 )	主病名	看護サマリー同様	
	体重	54.2 kg ( R 1 年 6 月 27 日 )			
	BMI	20.7	血液データ・栄養指標 Alb 3.9 g/dl ・HB 13.4 g/dl・GLU225mg/dl,HbA1c7.5 (R 1 年 6 月 21 日)		
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位)		嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ( )
	口腔	自歯( <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 義歯( <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)		状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ( )

経管(胃腸)栄養		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

(提供食) 栄養内容	<input type="checkbox"/> 一般食 ( )・ <input checked="" type="checkbox"/> 療養食 ( <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
	エネルギー	1600 kcal	内服による禁止食品
	食塩	7~9 g	アレルギー
	( )		嗜好 好きな食べ物
	( )		嫌いな食べ物

食事形態	嚥下調整食分類2013	学会分類2013(食事) : <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット ( cm角)・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	水分	とろみ( <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】	

食事摂取	食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量	主食 ( 10 割 )
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( )		副食 ( 10 割 )
	カトラリー	<input checked="" type="checkbox"/> 箸・ <input type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	症状(問題点)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下( <input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容( ) <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

特記事項  
糖尿病あり 糖尿病食・米飯180g(1600kcal)で食事提供。食事は全量摂取。  
入院時、GLU225mg/dl、HbA1c7.5と高値のため、R1.6.24 栄養指導実施。  
入院前の食生活は主食中心で間食摂取習慣があることから、炭水化物過剰摂取と考えられます。  
入院中、血糖コントロール良好。体重は54.2kgと横ばいで推移しています。  
  
よろしくお願ひいたします。

# 栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

手術後、施設に  
戻る方の例

（送付先施設名） ○○施設 栄養士 様

記入日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	連絡先TEL	○○○○-○○-○○○○
記入施設	○○病院	記入者名	○○ ○○

ふりがな 氏名	いずみ よしこ 伊豆海 美子 様	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日（ 74 歳）
------------	---------------------	---	------	--

身体 状況	身長	150 cm（ R 1 年 5 月 31 日 ）	主病名	看護サマリー同様	
	体重	40 kg（ R 1 年 6 月 23 日 ）			
	BMI	17.8	血液データ・栄養指標 Alb 2.1 g/dl・HB 8.2 g/dl（ R 1 年 6 月 25 日 ）		
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（部位）		嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良（ ）
	口腔	自歯（ <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）義歯（ <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総）		状態	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良（ ）

経管（胃 栄養）		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal ×                      回	g ×                      回
	その他留意点		

（提供 経口栄養 内容）	<input type="checkbox"/> 一般食（ ）・ <input checked="" type="checkbox"/> 療養食（ <input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input checked="" type="checkbox"/> その他（胃切 全粥(5回食)））		
	エネルギー	1200 kcal	内服による禁止食品
	食塩	7~9 g	アレルギー
	（ ）		嗜好 好きな食べ物
	（ ）		嫌いな食べ物

食事 形態	嚥下調整食 分類2013	学会分類2013(食事) : <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし		
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> カット（ 3 cm角）・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	水分	とろみ（ <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有）【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状)】		

食事 摂取	食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事 摂取量	主食（ ほぼ10 割 ）	
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）		副食（ ほぼ10 割 ）	
	カトラリー	<input checked="" type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	症状 (問題点)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下( <input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副 ) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容( ) <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> その他（                      耐久性の低下有                      ）			

**特記事項**

R1.6.1 胃下垂全摘術緊急手術施行 認知機能低下あり治療上の指示困難  
 R1.6.5 胃切流動(5回食) R1.6.7 胃切三分粥(5回食) R1.6.9 胃切五分粥(5回食)  
 R1.6.11 胃切七分粥(5回食) R1.6.13 胃切全粥(5回食) 10時15時は補助食品で対応していま  
 した。  
 摂取は時折ムラあるが摂取良好。ADLは車椅子で自己摂取可能だが耐久性の低下がみられます。  
 状態が安定するまでは、分割食にて易消化食で対応していただきたいです。

よろしく願いいたします。

# 栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

嚥下機能が回復途中で退院される方の例

（送付先施設名） 老人保健施設〇〇 栄養士 様

記入日	R 1 年 9 月 3 日	連絡先TEL	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
記入施設	〇〇病院	記入者名	管理栄養士 〇〇 〇〇

ふりがな氏名	あたま たもつ 様 熱海 保	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇 年 〇 月 〇 日（ 72 歳）
--------	-------------------	----	---	------	--

身体状況	身長	161.3 cm ( R 1 年 × 月 × 日 )	主病名	看護サマリー同様
	体重	44.8 kg ( R 1 年 × 月 × 日 )		
	BMI	17.2	血液データ・栄養指標	Alb 2.5 g/dl ・HB 8.8 g/dl ( R 1 年 × 月 × 日 )
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位 座骨)	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ( )
	口腔	自歯( <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 義歯( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 部分・ <input checked="" type="checkbox"/> 総)	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ( )

経管栄養(胃瘻)		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

提供食事内容(経口栄養)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食(全粥食キザミとろみ)・ <input type="checkbox"/> 療養食( <input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) )			
	エネルギー	1600 kcal	内服による禁止食品	なし
	食塩	6 g	アレルギー	なし
	(付加食品)	ブリックゼリー・ゼリー等	嗜好	好きな食べ物 不明 嫌いな食べ物 牛乳
	( )			

食事形態	嚥下調整食分類2013	学会分類2013(食事) : <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input checked="" type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ( スペラカーゼ使用 )
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット ( cm角)・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( キザミとろみ(2~3mm)フードプロセッサ )
	水分	とろみ( <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input checked="" type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】

食事摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量	主食 ( 10 割 )
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( )		副食 ( 10 割 )
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	症状(問題点)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input checked="" type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下( <input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容( ) <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 自己摂取できるが詰め込みあり。咽頭残留みられる。 )		

特記事項

×月×日嚥下内視鏡実施、意識レベル悪く、経口摂取不可能とされていましたが、2週間後、再度嚥下内視鏡施行した結果、藤島式嚥下能力グレード7軽度の嚥下障害の診断となりました。全粥は粒が喉に残留する傾向が見られましたが、その後ゼリーを食べる事でクリアになったため、交互嚥下が推奨されています。検査時、キザミとろみ形態の副食は、残留なく嚥下可能でした。

現在上記の食事形態で提供を続けていますが、食後の吸引で残渣が吸引されることは少なかったようです。今後、さらに意識レベル・体力が回復すれば、キザミとろみを食べられている現状から、全粥でもとろみをつけた形状であれば、摂取可能となるかもしれません。状況に応じて食事形態を検討していただければと思います。

よろしくお願いたします。



# 栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

特別な嗜好がある方の例

（送付先施設名） ○○病院 栄養士 様

記入日	R 1 年 7 月 1 日	連絡先TEL	○○○○-○○-○○○○
記入施設	特別養護老人ホーム○○	記入者名	○○ ○○

ふりがな 氏名	いずやま はるみ 伊豆山 晴海 様	性別	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和
		<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 69 歳)

身体状況	身長	154 cm ( R 1 年 7 月 1 日 )	主病名	看護サマリー同様
	体重	35.2 kg ( R 1 年 6 月 6 日 )		
	BMI	14.8	血液データ・栄養指標	Alb g/dl ・HB g/dl ( H 年 月 日 )
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( 部位 )	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ( )
	口腔	自歯 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) 義歯 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ( )

経管（胃瘻） 栄養		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

（提供食 事内容） 経口栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食 ( 全粥ソフト食 ) ・ <input type="checkbox"/> 療養食 ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 ・ <input type="checkbox"/> 減塩 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) )			
	エネルギー	1400 kcal	内服による禁止食品	なし
	食塩	7 g	アレルギー	バナナ
	( )	嗜好	好きな食べ物	ヨーグルト、うどん
	( )	嗜好	嫌いな食べ物	ふりかけ類、味のついた粥等食べたことがない食材、牛乳

食事形態	嚥下調整食分類2013	学会分類2013(食事) : <input type="checkbox"/> 0j ・ <input type="checkbox"/> 0t ・ <input type="checkbox"/> 1j ・ <input type="checkbox"/> 2-1 ・ <input type="checkbox"/> 2-2 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 / <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット ( cm角 ) ・ <input type="checkbox"/> ムース ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( ソフト食 )
	水分	とろみ ( <input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状) ・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】

食事摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	食事 摂取量	主食	( 4 割 )
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )		副食	( 5 割 )
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸 ・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン ・ <input type="checkbox"/> フォーク ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	症状 (問題点)	<input checked="" type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 困難 ; <input checked="" type="checkbox"/> 口内残留 ; <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 ; <input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし <input checked="" type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取量低下 ( <input checked="" type="checkbox"/> 主・ <input checked="" type="checkbox"/> 副 ) ; <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容 ( ) <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 ; <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 食事拒否 )			

特記事項

○○症候群による食事拒否が見られています。虫や毒が入っているとの幻覚、妄想などの症状も見られます。摂取状況にムラがあり、全く食べないこともあります。  
毎朝ヨーグルトを食べる習慣がありましたが、○月下旬からは訴えることがなくなり、食欲が低下してきており、発語も少なくなり意思疎通も難しくなっています。  
お茶やお水の摂取は低下していますが、「まぜてもジュレ」の摂取は良好で、水分摂取量は800～1000mlを維持できています。

よろしく願いいたします。