

栄養に関する摂食・嚥下連絡票

栄養士・介護支援専門員 様

記入日	R	年	月	日			
記入者名					連絡先TEL		
ふりがな 氏名	様			性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	
身体状況	身長	cm	主病名				
	体重	kg	過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加・ <input type="checkbox"/> 維持・ <input type="checkbox"/> 減少				
	BMI		介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5			
	麻痺	程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 (部位：)			<input type="checkbox"/> 無	認知機能低下	程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 無
	筋力の低下	程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 無			失調・不随意運動	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 無	
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位)			四肢欠損	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位)	
口腔状態	義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			臼歯での咬合	<input type="checkbox"/> あり(左 右 両側) <input type="checkbox"/> なし	
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			口の中の汚れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	舌の運動	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	口腔清掃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い			その他留意点		
(提供食事内容) 経口栄養	<input type="checkbox"/> 一般食()・ <input type="checkbox"/> 療養食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 ・ <input type="checkbox"/> 減塩 ・ <input type="checkbox"/> その他 ())						
	服薬歴						
	アレルギー	なし ・ あり()					
	嗜好	好きな食べ物					
	嫌いな食べ物						
食事形態	主食	<input 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 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 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) 】					
	栄養摂取	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経口+代替栄養 <input type="checkbox"/> 経口なし <input type="checkbox"/> その他()					
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 type="checkbox"/> 全介助			食事摂取量	主食 (割)	
	自助食器	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()				副食 (割)	
	カトラリー	<input 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"/> 口腔内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 水分摂取量低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下(<input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項	よろしく願いいたします。						