

(付表-10)

訪問栄養食事指導報告書 (医療保険, 介護保険)

患者番号					記載日	年 月 日		
患者氏名					診療科			
生年月日	M・T・S	年	月	日	歳	性別		
患者住所	〒 -				記載者名			
病名					連絡先	- -		
主治医					介護度	要支援(1、2)、要介護(1、2、3、4、5)		
通院困難な理由	歩行困難・認知機能低下・その他()				標準体重	kg	BMI	
身長(cm)			体重(kg)			標準体重	kg	BMI
訪問日時	年	月	日	時	分	～	時	分
医師の指示栄養量	栄養摂取量			達成率	加算対象病名			
食種	食種			%	家族			
エネルギー	Kcal	エネルギー	Kcal	%				
たんぱく質	g	たんぱく質	g	%				
塩分	g	塩分	g	%				
水分	ml	水分	ml	%				
カリウム	mg	カリウム	mg	%	[管理・観察] <input type="checkbox"/> 体重変動 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能障害 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神状態の落ち込み <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心・肺疾患			
解決すべき課題	低栄養リスク(低・中・高)							
本人・家族の希望								
医師の指示事項								
長期目標								
短期目標 [栄養ケアプラン]								
栄養ケア内容	評価基準	年 月 日報告	年 月 日報告	年 月 日報告	評価			
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新ケア			
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新ケア			
					<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 新ケア			
各種調査 NA123 摂食嚥下調査 体重管理状況								
理解度	<input type="radio"/> 良い <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 悪い							
継続指導計画	<input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 完了 (次回 年 月 日) 栄養指導担当者							