

## 栄養ケア計画 (通所・居宅)

初回・紹介・継続

患者番号					担当者氏名 (職種)	(医師)		
患者氏名						(管理栄養士)		
生年月日	M・T・S	年	月	日	初回作成日	年	月	日
患者住所	〒	-			変更日	年	月	日
					連絡先	- -		

要介護状態区分	要支援(1、2)、 要介護 ( 1、2、3、4、5 )
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]	

短期目標と期間	栄養ケア計画(①栄養補給 ②栄養食事相談 ③他職種共同事項)	担当者	頻度	期間
特記事項				