

栄養ケア計画（通所・居宅）(様式例)

別紙3

初回・紹介・継続

利用者名; _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所; _____

計画作成者氏名; _____

所属名及び所在地; _____ 初回作成日; 平成 年 月 日

担当者氏名（職種） _____ (医師、管理栄養士等) 作成(変更)日; 平成 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 （その他: _____）		
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要点		指示日 / _____
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要点		指示日 / _____
利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向			説明と了解日 年 月 日
解決すべき課題（ニーズ）	低栄養状態のリスク(低 ・ 中 ・ 高)		サイン
			続柄
長期目標(ゴール)と期間			

短期目標と期間	栄養改善サービス(①栄養補給、食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など)	担当者	頻度	期間
特記事項				

栄養ケア提供経過記録（通所・居宅）(様式例)

別紙4

利用者名: _____ 殿

作成日: 年 月 日

作成者氏名: _____

サービス提供項目	月 日	月 日	月 日	月 日
栄養補給				
栄養食事相談				
多職種による課題の解決				
食事				

栄養ケアモニタリング（通所・居宅）（様式例）

別紙5

氏名 _____

	3か月後の目標	サービス提供前		週・月目		週・月目		週・月目	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		記入者		記入者		記入者		記入者	
		数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック	数値	問題 チェック
アウトカム									
自己実現の課題			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
自己実現の意欲			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
生活機能・身体機能			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
主観的健康観		1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/>						
食事に対する満足感			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養リスク			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体 重 (kg)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B M I			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
体重減少率 (%/月)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
血清アルブミン (g/dl)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
食事摂取状況			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
経腸・静脈栄養法			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
褥瘡			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
栄養補給量									
エネルギー (kcal(%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
たんぱく質 (g (%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
水分 (ml (%))			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
経口移行・維持			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他の項目									
食事摂取上の問題			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
評価									
計画の修正		無 ・ 有		無 ・ 有		無 ・ 有		無 ・ 有	
総合評価									

※摂取量を把握する際には、利用者の負担にならないよう、ごはんなどの主食、主菜、飲料等の状況をおおまかに把握し、それをもとに管理栄養士がエネルギー、たんぱく質、水分補給量をおおよそ推算し記入する。

※ 血清アルブミンについては、検査値が分かる場合に記入。