

# 栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

患者氏名		患者ID		性：男・女	年齢	歳	入院日	年 月 日
病棟		主治医		NST患者担当者			初回回診日	年 月 日
NST回診実施者名	医師	看護師		薬剤師			管理栄養士	
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士	臨床検査技師		PT・OT・ST MSWほか			NST専従者氏名	
現疾患		褥瘡	なし あり( )	嚥下障害	なし あり( )		前回回診日	年 月 日
その他の合併疾患※1		感染症	なし あり( )	社会的問題点	なし あり( )		回診日	年 月 日
身長	cm	現体重	浮腫 有 □ 無 □ Kg	BMI:	標準体重 (BMI=22)	Kg	通常時体重	Kg
栄養評価	主観的栄養評価	アルブミン (g/dL)	リンパ球数 (/mm3)	ヘモグロビン (g/dL)	中性脂肪 (mg/dL)	トランスサイレチン (TTR:プレアルブミン) (mg/dL)		総合評価 (栄養障害の程度)
	良・普通・悪	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	良・軽度・中等度・高度
前回との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪
<b>栄養管理法</b>								
経口栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 (濃厚流動食・経腸栄養剤)	経腸栄養※2	<input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 経鼻( ) <input type="checkbox"/> 胃瘻( ) <input type="checkbox"/> 腸瘻( )	経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)			
栄養投与方法の推移(前回との比較) (例:経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養)			<input type="checkbox"/> 無し ( ) → ( )					
<b>投与組成・投与量(該当無しの場合□にチェックを入れること)</b>								
	水分量 (ml/日)	エネルギー (kcal/日)	たんぱく質・アミノ酸(g/日)					
前回栄養管理プラン※3	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
実投与量	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
投与バランス※4	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
新規栄養管理プラン	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
栄養管理上の注意点・特徴※5								
<b>活動状況・評価</b>								
他チームとの連携状況	嚥下障害チーム (あり なし)	褥瘡対策チーム (あり なし)	感染対策チーム (あり なし)	緩和ケアチーム (あり なし)	その他のチーム ( ) チーム)			
治療法の総合評価※6 【 】 ①改善 ②不変 ③増悪	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目: ) 2. 血液学的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目: ) 3. 摂食・嚥下状態: 改善度 5・4・3・2・1 4. 褥瘡: 改善度 5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力: 改善度 5・4・3・2・1 6. 7.				コメント※8 【入院中・転院・退院】:			

※1: 褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2: 投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。

※3: 初回時には記載を要しない。

※4: 必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※5: 栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※6: 栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※7: 評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5:極めて改善」「4:改善」「3:不変」「2:やや悪化」「1:悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※8: 治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあっては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。