

栄養カルテ

診療科：				記録日/ 年 月 日()				
医師：		栄養士：		指導区分： <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> ベット				
氏名：		男・女	生年月日： M・T・S・H 年 月 日					
職業：		<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	身長	cm	体重	kg	標準体重	kg
連絡先： ()			家族構成：			調理担当者：		
病名：						便秘： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
発症時期・状況・経過：								
栄養食事指導を受けた経験： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありいつ頃? 年 月、どこで?()								
嗜好状況	好き嫌い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い						
		好きな食品()						
		嫌いな食品()						
	調味	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 薄め <input type="checkbox"/> 濃いめ <input type="checkbox"/> 甘め <input type="checkbox"/> 淡白 <input type="checkbox"/> 油っこい						
<input type="checkbox"/> 香辛料 <input type="checkbox"/> その他()								
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし							
	<input type="checkbox"/> あり〔 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> その他()〕							
嗜好品	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日約本)喫煙年数(約年) <input type="checkbox"/> やめた(約年前)						
	酒類	<input type="checkbox"/> 洋酒() <input type="checkbox"/> 日本酒(1日合) <input type="checkbox"/> ビール(1日本)						
	コーヒー 紅茶	(1日約 杯)						
		砂糖(<input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 入れない)						
	ジュース	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(1日約 杯)						
	菓子類	<input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 食べる(何を?)						
その他	()							
摂食状況	食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない						
	食事時間	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい(朝/ : 昼/ : 夕/ :)						
	食べる早さ	<input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ゆっくり						
	食事内容	朝：()						
昼：()								
夕：()								
その他							
							
1日の生活								