

栄養管理計画書

計画作成日： 年 月 日

ふりがな _____

氏名： _____ 殿 (男・女) 病棟： _____

明・大・昭・平 年 月 日 歳 担当医師名： _____

入院日： 年 月 日 担当管理栄養士名： _____

入院時の栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項

栄養補給	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
・エネルギー kcal	食事内容
・タンパク質 g	
・水分	留意事項
・	
・	

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性	
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (内容) 実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性	
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (内容) 実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性	
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (内容) 実施予定日： 月 日

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

--

栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 月 日

退院時及び終了時の総合的評価

--