

情報提供書

栄養士用

情報提供先

所属事業所名
所在地
連絡先
担当栄養士名

御中

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	H S T 年 月 日 (歳)
氏名	様				
住所					電話
介護保険 被保番号					有効期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日
介護認定	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			認定日	H 年 月 日
医療区分	特定疾患 受給者証	有・無			身体障がい 者手帳 有・無 (障がい名) 種 級
連絡先(緊急時)					
氏名	(キーパーソン)	(続柄)	氏名	(続柄)	
住所			住所		
電話	(自宅)	(携帯)	電話	(自宅)	(携帯)
傷病名					
利用者の経過等 (直近の訪問日: 平成 年 月 日)					
栄養指導の内容 身長 cm 体重 Kg 平成 年 月 日測定					
体重減少率:				アレルギー・副作用	
				有・無	
				感染症	
				有・無	
食事介助をする上での留意点・介護方法					
嚥下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
摂食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
利用者の日常生活上の留意事項					
病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注意) <input type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意) <input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告) <input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に					
精神状態: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 見守りや連絡等の配慮が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫 <input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意 <input type="checkbox"/> 常時介護が必要					
その他: <input type="checkbox"/> 糖尿病のため過食に注意 <input type="checkbox"/> インスリンの使用のため低血糖に注意 <input type="checkbox"/> 定期的な排便確認 <input type="checkbox"/> 疼痛治療を行っているため、意識確認が必要 <input type="checkbox"/> 十分な水分摂取					
備考					