

栄 養 サ マ リ ー 記 入 例

- 施設から施設に移る方の例
- 急変し、病院へ入院する方の例
- 糖尿病食の方の例
- 手術後、施設に戻る方の例
- 嚥下機能が回復途中で退院される方の例
- 特別な嗜好がある方の例

栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

【(病院)栄養情報連携料算定 注2の場合】以下管理栄養士への説明日:

年

施設から施設に
移る方の例

(送付先施設名) **特別養護老人ホーム〇〇栄養士 様**

記入日	2026年 6月 7日	連絡先TEL	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
記入施設	介護老人保健施設〇〇	記入者名	〇〇 〇〇

ふりがな 氏名	あたみ しずこ	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成
	熱海 静子			〇年〇月〇日 (88歳)

身体 状況	身長	138 cm (2025年 9月 11日)	主病名	看護サマリー同様
	体重	44.2 kg (2025年 12月 9日)		
	BMI	23.2	血液データ ・栄養指標	Alb g/dl・Hb g/dl・CRP mg/dL (R年 月 日)
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位)	嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()
	口腔	自歯(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 義歯(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 部分・ <input checked="" type="checkbox"/> 総)	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()

【GLIM基準による評価(非対応)】 判定:低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)
 該当項目:表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少) 病因(食事摂取量減少/消化機能低下 疾病負荷/炎症)

経管(胃 栄養)		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

(提供 経口 栄養 内容)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食 (常食) ・ <input type="checkbox"/> 療養食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 ・ <input type="checkbox"/> 減塩 ・ <input type="checkbox"/> その他 ())		
	エネルギー	1600 kcal	内服による禁止食品
	たんぱく質	60 g	アレルギー
	食塩	8 g	嗜好 好きな食べ物
	栄養補助食品		嫌いな食べ物

食事 形態	嚥下調整食 分類2021	学会分類2021(食事) : <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4 / <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット (cm角) ・ <input type="checkbox"/> ムース ・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	水分	とろみ (<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状) ・ <input type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状) ・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】

食事 摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事 摂取量	主食 (10割)		
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()		副食 (10割)		
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input checked="" type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	症状 (問題点)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害	<input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下 困難	<input type="checkbox"/> 口内残留	<input type="checkbox"/> 義歯不咬合	<input type="checkbox"/> 食べこぼし
		<input type="checkbox"/> 水分量摂取低下	<input type="checkbox"/> 食事摂取量低下 (<input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副)	<input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容 ()		
<input type="checkbox"/> 味覚低下		<input type="checkbox"/> 異食	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (エプロン使用)			

特記事項
2025年9月11日～施設入所されている方です。
視力障害のため、食器の場所を固定し、配膳時に献立の説明を行っていました。
また、食べ残しに気づかないことがあるため、声かけが必要です。
よろしくお願いたします。

栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

急変し、病院へ入院する方の例

【(病院)栄養情報連携料算定 注2の場合】以下管理栄養士への説明日:

(送付先施設名) ○○病院 栄養士 様

記入日	R 8 年 6 月 20 日	連絡先TEL	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
記入施設	〇〇特別養護老人ホーム	記入者名	〇〇 〇〇

ふりがな 氏名	しずおか あつお 静岡 熱男	性別	<input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成
		<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日

身体状況	身長	154 cm (R 7 年 5 月 24 日)	主病名	看護サマリー同様	
	体重	42.6 kg (R 7 年 5 月 24 日)			
	BMI	18.0	血液データ・栄養指標 Alb 2.1 g/dl・Hb 10.2 g/dl・CRP 2.0 mg/dL (H 31 年 2 月 1 日)		
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位 仙骨部)	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ()	
	口腔	自歯(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 義歯(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	状態	<input type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()	

【GLIM基準による評価(非対応)】 判定: 低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)
 該当項目: 表現型(体重減少 低BMI、筋肉量減少) 病因(食事摂取量減少/消化機能低下 疾病負荷/炎症)

経管(胃瘻)栄養	製品(会社)	GLIM基準による評価を行っていない場合は非対応にチェック	水分		
	投与量・回数		回	g × 回	
	その他留意点				

(提供食事内容) 経口栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食(ソフト食)・ <input type="checkbox"/> 療養食(<input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input type="checkbox"/> その他 ())			
	エネルギー	1200 kcal	内服による禁止食品	無し
	たんぱく質	45 g	アレルギー	無し
	食塩	8 g	嗜好	好きな食べ物 甘い物 嫌いな食べ物 酸っぱい物・辛い物
	栄養補助食品			

食事形態	嚥下調整食分類2021	学会分類2021(食事): <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input checked="" type="checkbox"/> 2-2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット (cm角)・ <input checked="" type="checkbox"/> ムース・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	水分	とろみ(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input checked="" type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】

食事摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量	主食	(7 割)
	自助食器	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (自助皿、自助スプーン)		副食	(7 割)
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	症状(問題点)	<input checked="" type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・ <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input checked="" type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし <input checked="" type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取量低下(<input checked="" type="checkbox"/> 主・ <input checked="" type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容() <input checked="" type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ()			

特記事項
 先月まで、全粥常食をほぼ全量自力摂取にて召し上がっておりました。6/10~てんかん発作後より嚥下機能低下し、全粥ペースト・副食ムースで提供しております。口腔内に食物を溜め込んでしまうため、声かけ必要。食事の認識 一部支援を行っております。水分は中間のとろみで、スプーンで介助にて飲まれております。食量の摂取です。体動も少なくなり、仙骨部発赤の為フィルム保護で処置しております。急変前の状況が分かるように記入
 よろしくお願いたします。

栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

【(病院)栄養情報連携料算定 注2の場合】以下管理栄養士への説明日: R〇年〇月〇日

(送付先施設名) 〇〇施設 栄養士 様

糖尿病食の
方の例

記入日	R 〇年 〇月 〇日	連絡先TEL	〇〇〇〇-〇〇
記入施設	〇〇病院	記入者名	〇〇

ふりがな 氏名	かも いずお 賀茂 伊豆夫 様	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 〇年〇月〇日 (84 歳)
		<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		

身体 状況	身長	162 cm (R 〇年 6月 22日)	主病名	看護サマリー同様	
	体重	54.2 kg (R 〇年 6月 27日)			
	BMI	20.7	血液データ・栄養指標 Alb 3.9 g/dl・Hb 13.4 g/dl・GLU225mg/dl,HbA1c7.5 (R 〇年 6月 21日)		
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位)		嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()
	口腔	自歯(<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 義歯(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)		状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()

【GLIM基準による評価(非対応)】 判定: 低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)
 該当項目: 表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少) 病因(食事摂取量減少/消化機能低下 疾病負荷/炎症)

経管(胃 栄養)		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

経口(提供 食事内容)	<input type="checkbox"/> 一般食 ()・ <input checked="" type="checkbox"/> 療養食 (<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input type="checkbox"/> その他 ())		
	エネルギー	1600 kcal	内服による禁止食品
	たんぱく質	60 g	アレルギー
	食塩	7~9 g	嗜好
	栄養補助食品		好きな食べ物 嫌いな食べ物

食事 形態	嚥下調整食 分類2021	学会分類2021(食事): <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット (cm角)・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	水分	とろみ(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】	

食事 摂取	食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事 摂取量	主食 (10 割)
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()		副食 (10 割)
	カトラリー	<input checked="" type="checkbox"/> 箸・ <input type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	症状 (問題点)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下(<input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容() <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 ()		

特記事項
 糖尿病あり 糖尿病食・米飯180g(1600kcal)で食事提供。食事は全量摂取。
 入院時、GLU225mg/dl、HbA1c7.5と高値のため、R1.6.24 栄養指導実施。
 入院前の食生活は主食中心で間食摂取習慣があることから、炭水化物過剰摂取と考えられます。
 入院中、血糖コントロール良好。体重は54.2kgと横ばいで推移しています。
 よろしくお願いたします。

栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

【(病院)栄養情報連携料算定 注2の場合】以下管理栄養士への説明日:

手術後、施設に
戻る方の例

(送付先施設名) ○○施設 栄養士 様

記入日	R ○ 年 ○ 月 ○ 日	連絡先TEL	○○○○-○○-○○○○
記入施設	○○病院	記入者名	○○ ○○

ふりがな 氏名	いずみ よしこ 伊豆海 美子	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成
				○ 年 ○ 月 ○ 日 (74 歳)

身体 状況	身長	150 cm (R 8 年 5 月 31 日)	主病名	看護サマリー同様	
	体重	40 kg (R 8 年 6 月 23 日)			
	BMI	17.8	血液データ・栄養指標 Alb 2.1 g/dl・Hb 8.2 g/dl・CRP mg/dL (R 8 年 6 月 25 日)		
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位)		嚥下	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()
	口腔	自歯(<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 義歯(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)		状態	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ()

【GLIM基準による評価(非対応)】 判定: 低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)
該当項目: 表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少) 病因(食事摂取量減少/消化機能低下 疾病負荷/炎症)

経管(胃 栄養)		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

(提供 経口 栄養 内容)	<input type="checkbox"/> 一般食 ()・ <input checked="" type="checkbox"/> 療養食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (胃切 全粥(5回食)))		
	エネルギー	1200 kcal	内服による禁止食品
	たんぱく質	45 g	アレルギー
	食塩	7~9 g	嗜好 好きな食べ物
	栄養補助食品	エンシュア・リキッド	嫌いな食べ物

食事 形態	嚥下調整食 分類2021	学会分類2021(食事): <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> カット (3 cm角)・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	水分	とろみ(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】

食事 摂取	食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事 摂取量	主食 (ほぼ10 割)	
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()		副食 (ほぼ10 割)	
	カトラリー	<input checked="" type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	症 状 (問題点)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input type="checkbox"/> 食べこぼし			
		<input type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下(<input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容()			
<input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (耐久性の低下有)					

特記事項
R7.6.1 胃下垂全摘術緊急手術施行 認知機能低下あり治療上の指示困難
R7.6.5 胃切流動(5回食) R7.6.7 胃切三分粥(5回食) R7.6.9 胃切五分粥(5回食)
R7.6.11 胃切七分粥(5回食) R7.6.13 胃切全粥(5回食) 10時15時は補助食品で対応していま
した。
摂取は時折ムラあるが摂取良好。ADLは車椅子で自己摂取可能だが耐久性の低下がみられます。
よろしく願いいたします。

栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

【(病院)栄養情報連携料算定 注2の場合】以下管理栄養士への説明日: RO 年 O 月 O 日

(送付先施設名) 老人保健施設OO 栄養士 様

嚥下機能が回復途中で退院される方の例

記入日	R O 年 9 月 3 日	連絡先TEL	OOO
記入施設	OO病院	記入者名	管理栄養士 OO OO

ふりがな 氏名	あたみ たもつ 熱海 保	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 O 年 O 月 O 日 (72 歳)
		<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		

身体状況	身長	161.3 cm (R 8 年 × 月 × 日)		主病名	看護サマリー同様	
	体重	44.8 kg (R 8 年 × 月 × 日)				
	BMI	17.2	血液データ・栄養指標	Alb 2.5 g/dl・Hb 8.8 g/dl・CRP 0.5 mg/dL (R 8 年 × 月 × 日)		
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (部位 座骨)		嚥下	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ()	
	口腔	自歯(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 義歯(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 部分・ <input checked="" type="checkbox"/> 総)		状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()	

【GLIM基準による評価(☑非対応)】 判定: 低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)
 該当項目: 表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少) 病因(食事摂取量減少/消化機能低下 疾病負荷/炎症)

経管(胃瘻)栄養		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

(提供食事内容) 経口栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食(全粥食キザミとろみ)・ <input type="checkbox"/> 療養食(<input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input type="checkbox"/> その他 ())			
	エネルギー	1600 kcal	内服による禁止食品	なし
	たんぱく質	60 g	アレルギー	なし
	食塩	6 g	嗜好	好きな食べ物 不明
	栄養補助食品	ブリックゼリー・ゼリー等	嫌いな食べ物	牛乳

食事形態	嚥下調整食分類2021	学会分類2021(食事): <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input checked="" type="checkbox"/> 2-1・ <input checked="" type="checkbox"/> 2-2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 (スペラカーゼ使用)
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット (cm角)・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (キザミとろみ(2~3mm)フードプロセッサ)
	水分	とろみ(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input checked="" type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】

食事摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量	主食	(10 割)
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()		副食	(10 割)
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	症状(問題点)	<input type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input checked="" type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下(<input type="checkbox"/> 主・ <input type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容() <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (自己摂取できるが詰め込みあり。咽頭残留みられる。)			

特記事項
 ×月×日嚥下内視鏡実施、意識レベル悪く、経口摂取不可能とされていましたが、2週間後、再度嚥下内視鏡施行した結果、藤島式嚥下能力グレード7軽度の嚥下障害の診断となりました。全粥は粒が喉に残留する傾向が見られましたが、その後ゼリーを食べる事でクリアになったため、交互嚥下が推奨されています。検査時、キザミとろみ形態の副食は、残留なく嚥下可能でした。現在上記の食事形態で提供を続けていますが、食後の吸引で残渣が吸引されることは少なかったようです。今後、さらに意識レベル・体力が回復すれば、キザミとろみを食べられている現状から、全粥でもとろみをつけた形状であれば、摂取可能となるかもしれません。状況に応じて食事形態を検討していただければと思います。
 よろしくお願いたします。

栄養サマリー（摂食・嚥下連絡票）

特別な嗜好がある方の例

【(病院)栄養情報連携料算定 注2の場合】以下管理栄養士への説明日:

(送付先施設名) ○○病院 栄養士 様

記入日	R 8 年 7 月 1 日	連絡先TEL	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
記入施設	特別養護老人ホーム〇〇	記入者名	〇〇 〇〇

ふりがな 氏名	いずやま はるみ 伊豆山 晴海	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成
				〇 年 〇 月 〇 日 (69 歳)

身体状況	身長	154 cm (R 8 年 7 月 1 日)	主病名	看護サマリー同様
	体重	35.2 kg (R 8 年 6 月 6 日)		
	BMI	14.8	血液データ・栄養指標 Alb g/dl・Hb g/dl・CRP mg/dL (R 年 月 日)	
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (部位)	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好・ <input checked="" type="checkbox"/> 不良 ()
	口腔	自歯(<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 義歯(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良 ()

【GLIM基準による評価(非対応)】 判定: 低栄養非該当 低栄養 (中等度低栄養 重度低栄養)
 該当項目: 表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少) 病因(食事摂取量減少/消化機能低下 疾病負荷/炎症)

経管(胃瘻)栄養		流動食	水分
	製品(会社)		
	投与量・回数	kcal × 回	g × 回
	その他留意点		

(提供食事内容) 経口栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 一般食(全粥ソフト食)・ <input type="checkbox"/> 療養食(<input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 減塩・ <input type="checkbox"/> その他 ())			
	エネルギー	1400 kcal	内服による禁止食品	なし
	たんぱく質	55 g	アレルギー	バナナ
	食塩	7 g	嗜好	好きな食べ物: ヨーグルト、うどん 嫌いな食べ物: ふりかけ類、味のついた粥等食べたことがない食材、牛乳
	栄養補助食品			

食事形態	嚥下調整食分類2021	学会分類2021(食事): <input type="checkbox"/> 0j・ <input type="checkbox"/> 0t・ <input type="checkbox"/> 1j・ <input type="checkbox"/> 2-1・ <input type="checkbox"/> 2-2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 嚥下障害なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ペースト・ <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カット (cm角)・ <input type="checkbox"/> ムース・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ソフト食)
	水分	とろみ(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 【 <input type="checkbox"/> 濃い(ジャム状)・ <input type="checkbox"/> 中間(ポタージュ状)・ <input type="checkbox"/> 薄い(スープ状) 】

食事摂取	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 見守り・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量	主食	(4 割)
	自助食器	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()		副食	(5 割)
	カトラリー	<input type="checkbox"/> 箸・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> フォーク・ <input type="checkbox"/> その他 ()			
	症状(問題点)	<input checked="" type="checkbox"/> 食物認識障害 <input type="checkbox"/> 開口・ <input type="checkbox"/> 咀嚼・ <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 困難 <input checked="" type="checkbox"/> 口内残留 <input type="checkbox"/> 義歯不咬合 <input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし <input checked="" type="checkbox"/> 水分量摂取低下 <input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取量低下(<input checked="" type="checkbox"/> 主・ <input checked="" type="checkbox"/> 副) <input type="checkbox"/> 家族の持ち込み食内容() <input type="checkbox"/> 味覚低下 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 (食事拒否)			

特記事項
 ○○症候群による食事拒否が見られています。虫や毒が入っているとの幻覚、妄想などの症状も見られます。摂取状況にムラがあり、全く食べないこともあります。
 毎朝ヨーグルトを食べる習慣がありましたが、○月下旬からは訴えることがなくなり、食欲が低下してきており、発語も少なくなり意思疎通も難しくなっています。
 お茶や水の摂取は低下していますが、「まぜてもジュレ」の摂取は良好で、水分摂取量は800~1000mlを維持できています。
 よろしく願いたします。