

## 訪問栄養食事指導記録

(フリガナ) 氏名	様		栄養CS整理番号
生年月日	M・T・S 年 月 日	主治医	病院・クリニック・医院・診療所 先生
要介護度	要支援1・2、要介護1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
訪問回数	初回・回目	訪問日	平成 年 月 日
訪問時間	時 分 から 時 分まで		
身長	cm	体重	kg
BMI	kg/m <sup>2</sup>	変動率	% (増・減)
MNA-SF®	ポイント	<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養のおそれあり <input type="checkbox"/> 栄養状態良好	
ご本人及びご家族の意向			
観察して気づいた点			
指導した点 (※:医療保険の場合は必須) <input type="checkbox"/> 食事量・内容確認 <input type="checkbox"/> 特別食の説明・確認 <input type="checkbox"/> 栄養摂取量計算 <input type="checkbox"/> 食事形態の適正化 <input type="checkbox"/> 調整食品の紹介・注文 <input type="checkbox"/> バイタルサインチェック <input type="checkbox"/> 献立・資料配布説明 ※ <input type="checkbox"/> 摂取介助 <input type="checkbox"/> ミキサー食・ゼリー食作成 <input type="checkbox"/> 内服確認 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 食事の用意・摂取指導 ※ <input type="checkbox"/> その他			
指導者氏名			
次回訪問日		継続	終了
平成	年	月	日 時