

(別紙様式5)

## 栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                       |                            |                               |                                                                                                                                     |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 患者氏名                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       | 患者ID                       |                               | 性：男・女                                                                                                                               | 年齢                         | 歳                                     | 入院日                                                                                                                       | 年 月 日                      |
| 病棟                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                       | 主治医                        |                               | NST患者担当者                                                                                                                            |                            |                                       | 初回回診日                                                                                                                     | 年 月 日                      |
| NST回診<br>実施者名                                                                                                                   | 医師                                                                                                                                                                                    |                            | 看護師                           |                                                                                                                                     | 薬剤師                        |                                       | 管理栄養士                                                                                                                     |                            |
| NST回診<br>実施者名                                                                                                                   | 歯科医師<br>歯科衛生士                                                                                                                                                                         |                            | 臨床検査技師                        |                                                                                                                                     | PT・OT・ST<br>MSWほか          |                                       | NST専従者<br>氏名                                                                                                              |                            |
| 現疾患                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                       |                            | 褥瘡                            | なし<br>あり( )                                                                                                                         | 嚥下障害                       | なし<br>あり( )                           | 前回回診日                                                                                                                     | 年 月 日                      |
| その他の<br>合併疾患※1                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                            | 感染症                           | なし<br>あり( )                                                                                                                         | 社会的問題点                     | なし<br>あり( )                           | 回診日                                                                                                                       | 年 月 日                      |
| 身長                                                                                                                              | cm                                                                                                                                                                                    | 現体重                        | 浮腫 有 □ 無 □<br>kg              | BMI:                                                                                                                                | 標準体重<br>(BMI=22)           | kg                                    | 通常時体重                                                                                                                     | kg                         |
| 栄養評価                                                                                                                            | 主観的栄養評価                                                                                                                                                                               | アルブミン<br>(g/dL)            | リンパ球数<br>( /mm <sup>3</sup> ) | ヘモグロビン<br>(g/dL)                                                                                                                    | 中性脂肪<br>(mg/dL)            | トランスサイレチン<br>(TTR:プレアルブミン)<br>(mg/dL) |                                                                                                                           | 総合評価<br>(栄養障害の程度)          |
|                                                                                                                                 | 良・普通・悪                                                                                                                                                                                | 検査日 月 日                    | 検査日 月 日                       | 検査日 月 日                                                                                                                             | 検査日 月 日                    | 検査日 月 日                               | 検査日 月 日                                                                                                                   | 良・軽度・中等度・高度                |
| 前回との比較                                                                                                                          | 改善・不変・増悪                                                                                                                                                                              | 改善・不変・増悪                   | 改善・不変・増悪                      | 改善・不変・増悪                                                                                                                            | 改善・不変・増悪                   | 改善・不変・増悪                              | 改善・不変・増悪                                                                                                                  | 改善・不変・増悪                   |
| 【GLIM基準による評価 (□非対応)※2】 判定: □ 低栄養非該当 □ 低栄養(□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養)<br>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/消化吸収能低下、□ 疾病負荷/炎症) |                                                                                                                                                                                       |                            |                               |                                                                                                                                     |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
| 栄養管理法                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                       |                            |                               |                                                                                                                                     |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
| 経口栄養                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 該当無し<br><input type="checkbox"/> 咀嚼困難食<br><input type="checkbox"/> 嚥下調整食<br>学会分類コード:( )<br><input type="checkbox"/> 濃厚流動食・経腸栄養剤 |                            | 経腸栄養※3                        | <input type="checkbox"/> 該当無し<br><input type="checkbox"/> 経鼻( )<br><input type="checkbox"/> 胃瘻( )<br><input type="checkbox"/> 腸瘻( ) |                            | 経静脈栄養                                 | <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 該当無し<br><input type="checkbox"/> 中心静脈栄養<br>(鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー) |                            |
| 栄養投与方法の推移(前回との比較)<br>(例:経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養)                                                                              |                                                                                                                                                                                       |                            |                               | <input type="checkbox"/> 無 ( ) → ( )                                                                                                |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
| 投与組成・投与量(該当無しの場合□にチェックを入れること)                                                                                                   |                                                                                                                                                                                       |                            |                               |                                                                                                                                     |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
|                                                                                                                                 | 水分量<br>(ml/日)                                                                                                                                                                         | エネルギー<br>(kcal/日)          | たんぱく質・アミノ<br>酸(g/日)           |                                                                                                                                     |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
| 前回栄養管理<br>プラン※4                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無    | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 |
| 実投与量                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無    | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 |
| 投与バランス<br>※5                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無    | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 |
| 新規栄養管理<br>プラン                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無    | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 無            | <input type="checkbox"/> 無                                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 |
| 栄養管理上の<br>注意点・特徴<br>※6                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       |                            |                               |                                                                                                                                     |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
| 活動状況・評価                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                       |                            |                               |                                                                                                                                     |                            |                                       |                                                                                                                           |                            |
| 他チームとの<br>連携状況                                                                                                                  | 摂食嚥下支援チーム<br>(あり なし)                                                                                                                                                                  |                            | 褥瘡対策チーム<br>(あり なし)            |                                                                                                                                     | 感染制御チーム<br>(あり なし)         |                                       | 緩和ケアチーム<br>(あり なし)                                                                                                        | その他のチーム<br>( チーム)          |
| 治療法の<br>総合評価※7<br><br>【 】<br>①改善<br>②不変<br>③増悪                                                                                  | 【評価項目】※8<br>1. 身体的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目: )<br>2. 血液学的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目: )<br>3. 摂食・嚥下状態: 改善度 5・4・3・2・1<br>4. 褥瘡: 改善度 5・4・3・2・1<br>5. 感染・免疫力: 改善度 5・4・3・2・1<br>6.<br>7.    |                            |                               |                                                                                                                                     |                            | コメント※9 【入院中・転院・退院】:                   |                                                                                                                           |                            |

※1:褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2:GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※3:投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。

※4:初回時には記載を要しない。

※5:必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※6:栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※7:栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※8:評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5:極めて改善」「4:改善」「3:不変」「2:やや悪化」「1:悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※9:治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあつては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。