

栄養ケア計画書（居宅療養管理指導）

| | | | | |
|------------------|--|---|---|--------------|
| 氏名： _____ 様 | 初回作成日： | 年 | 月 | 日 |
| | 作成(変更)日： | 年 | 月 | 日 |
| | 作成者： | | | |
| 医師の指示 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(要点 _____) 指示日 (____ / ____) | | | |
| 利用者及び家族の意向 | | | | 説明日 年 月 日 |
| 解決すべき課題 (ニーズ) | 低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 | | | |
| 長期目標と期間 | | | | |

| 分類 | 短期目標と期間 | 栄養ケアの具体的内容(頻度、期間) | 担当者 |
|----------------------------------|---------|-------------------|-----|
| ① 栄養 補給 ・食 | | | |
| ② 栄養 食事 相談 | | | |
| 課題③ 多職 種の 解決 によ る | | | |
| 特記事項 | | | |

※①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など

栄養ケア提供経過記録

| 月 | 日 | サービス提供項目 |
|---|---|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |