

■初回アセスメント

入院日～開始時栄養学的所見	必要栄養量～栄養治療目的	補足
入院日: <input type="text"/> 日付選択		
入院の原因疾患名		
---#1	<input type="text"/>	病名選択
---#2	<input type="text"/>	病名選択
合併症(基礎疾患)		
---#1	<input type="text"/>	病名選択
---#2	<input type="text"/>	病名選択
---#3	<input type="text"/>	病名選択
---#4	<input type="text"/>	病名選択
---#5	<input type="text"/>	病名選択
現病歴: <input type="text"/>		
内服薬: <input type="text"/>		
初回アセスメント日: <input type="text"/> 2018年08月23日 日付選択		
栄養学的問題点: <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 体重変化 <input type="checkbox"/> 低アルブミン血症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 経口摂取不足・不能 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 社会的 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>		
【開始時栄養学的所見】		
身長: <input type="text"/> cm	体重: <input type="text"/> kg	通常時体重: <input type="text"/> kg
IBW: <input type="text"/> kg	BMI: <input type="text"/>	
Hb: <input type="text"/> g/dl	Alb: <input type="text"/> g/dl	TLC: <input type="text"/> / μ l T-cho: <input type="text"/> mg/dl

NSTカルテ書式①

栄養管理状況を含めた
現病歴を記載

評価時点の栄養学的な
問題点、身体計測値、
栄養指標項目を記載

■初回アセスメント

入院日～開始時栄養学的所見		必要栄養量～栄養治療目的		補足			
【必要栄養量】							
基礎代謝量(BEE)	<input type="text"/>	kcal	活動係数(AF):	<input type="text"/>	ストレス係数(SF): <input type="text"/>		
必要エネルギー(TEE):	<input type="text"/>	kcal	たんぱく質:	<input type="text"/>	g 脂質: <input type="text"/>		
	<input type="text"/>			g	炭水化物: <input type="text"/>		
	<input type="text"/>				g		
特記すべき注意点: <input type="text"/>							
【現在の投与量(栄養管理法)】							
	エネルギー	水分量	たんぱく質	脂質	炭水化物	Na	K
経口 経腸	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
経静脈	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
問題点: <input type="text"/>							
他チームとの連携状況							
嚥下障害チーム:	<input type="radio"/>	あり	<input type="radio"/>	なし	緩和ケアチーム:	<input type="radio"/>	あり
	<input type="radio"/>	なし				<input type="radio"/>	なし
褥瘡障害チーム:	<input type="radio"/>	あり	<input type="radio"/>	なし	その他チーム:	<input type="radio"/>	あり
	<input type="radio"/>	なし				<input type="radio"/>	なし
感染対策チーム:	<input type="radio"/>	あり	<input type="radio"/>	なし			
	<input type="radio"/>	なし					
初回アセスメント: <input type="text"/>							
NST介入: <input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要							
栄養治療目標: <input type="text"/>							

NSTカルテ書式②

状態に応じた栄養必要量を算出し、算出根拠を記載

評価時の実際の投与量を経口経腸・経静脈別、合計量を記載

現状の問題点を記載

より適切なEN・PN内容および栄養管理上の注意を提言

NST介入の必要性を判断

■初回アセスメント

入院日～開始時栄養学的所見

必要栄養量～栄養治療目的

補足

NSTカルテ書式③

入院時から評価時までの栄養
管理内容、血液検査値
体重変化など、フリーで記載