

## 食支援対応情報

施設名 \_\_\_\_\_

連絡担当者 職種 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

基本となる食事（主食＋副食）の熱量 \_\_\_\_\_ Kcal

主食のサイズと量（記載例：S ○○○g、M ○○○g、L ○○○g）

①飯 \_\_\_\_\_

②全粥 \_\_\_\_\_

ハーフ食（副食半量）対応      ・可      ・不可

ベッド上での食事介助者（車椅子での摂食不適者）の受け入れ      ・可（要相談）      ・不可

経管栄養と経口摂取の併用者の受け入れ      ・可（要相談）      ・不可

経管栄養者の入所（院）後の経口移行に向けた評価・訓練      ・可（要相談）      ・不可

入所（院）者のVE（嚥下内視鏡）での評価      ・可      ・不可

入所（院）者の歯科専門職による定期的な口腔診査・口腔ケア（訪問診療含む）

・可      ・不可

経腸栄養のみの場合、1日あたりの回数

・2回      ・3回      ・2回でも3回でも可

入所（院）者に使用可能な経腸栄養剤（商品名、PEG専用も含む）

その他追加情報（任意）