様式.1

**事例報告**作成日　平成○○年○○月○○日

**摂食・嚥下障害患者栄養管理事例報告**

会員番号　　△△△△△△△△　　　　　　　　　提出者氏名　　○○○○○○

施設名　□○△□○△□○△

**※対象者（患者）の基本情報、栄養介入に至るまでの経過を記入してください。**

|  |
| --- |
| **＜対象者（患者）情報＞** |
| **＜栄養介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過・多職種からの紹介状況も含める）＞** |
| **栄養スクリーニング（**多職種から紹介であれば紹介理由等も含める） |

 様式.2

**※**栄養介入やその方針等について、栄養アセスメントの根拠データ（「O」と「S」）、栄養アセスメント、栄養診断、栄養計画（Mx、Rx、Ex）をSOAPにわけて記載する。

**＜アセスメントと栄養診断＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **栄養診断** |  |
| **Ｓ** |  |
| **Ｏ** |  |
| **Ａ** |  |
| 栄養診断の根拠（PES） |
| **Ｐ** | Ｍｘ）Ｒｘ）Ｅｘ） |

S：Subjective data（主観的データ），O：Objective data（客観的データ），A：Assessment（評価），P：Plan（計画）

Mx：Monitoring plan（モニタリング計画），Rx：therapeutic plan（栄養治療計画），Ex：educational plan（栄養教育計画）

様式.3

**栄養介入の実際（短期・長期目標、栄養介入の経過）、総合評価**

|  |
| --- |
| **＜栄養介入の計画＞****長期目標****短期目標****行動計画****実施した栄養介入の経過** |
| **＜栄養介入の総合評価と、栄養介入後の結果＞** |