【様式2】

食　事　箋

　　　　　　　　　　　　　　　　発効日　　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　歳

|  |  |
| --- | --- |
| 開始日　　年　　月　　日　朝・昼・夕 | 身長　　　　cm 体重　　　kg |
| 病名： | kcal蛋白質　　　　　　　　g脂質　　　　　　　　　g塩分　　　　　　　　　g食物繊維　　　　　　　g |
| 療養食名：　（　　　　　　　　　　食） | 療養食での禁止食材等：　　　　　　　　　　　 |
| アレルギーの有無：有　・　無※有の場合、右記に記入 | （　　　　　　　　）アレルギー除去食品： |
| 食事形態：常食・粗刻み・超刻み | 主食：米飯（　　　　g）　　　全粥・七分・五分・三分・重湯　　　パン |
| 副食：常・粗刻み・超刻み　　　 |
| 備考： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医師 | 看護師 | 栄養士 |
|  |  |  |

　　　　　　　　病院名：