

この患者に当てはまる項目を選択して下さい



ICU シート 4a

日付

センター・コード

部門コード

患者番号

患者のイニシャル (ローマ字にしたときの先頭文字)

栄養状態および栄養療法 (実施日)

患者はどのライン及びチューブをつけていますか？

中心静脈 PEG

経鼻胃 内視鏡的 空腸瘻チューブ (PEJ)

経鼻空腸 末梢静脈

栄養補給の方法

経口 経腸 静脈 栄養摂取なし

ICUで経静脈栄養を実施している日数 日数 (= 当日ー経静脈または経腸栄養の開始日)

ICUで経腸栄養を実施している日数 日数

経腸栄養の継続時間 (直近24時間以内) 時間 間欠的に 連続的に

栄養補給を中断した理由

手術 移送 不耐 その他

kgあたりの予定カロリー (今後24時間) kcal/kg日

あるいは <500 kcal/日 500-999 kcal/日 1000-1499 kcal/日 1500-2000 kcal/日 >2000 kcal/日

胃内容吸引 ml 便秘または下痢は C=便秘3日以上 下痢

腹圧 測定値 いいえ はい mmHg

経口で食事を摂ることができますか いいえ はい

「はい」の場合、印を付けてください 飲む 食べる

「いいえ」の場合、なぜできないのですか？

患者は鎮静剤を投与されている 食べることを許されていない 呑み込むことができない 吸引している

「はい」の場合、患者は何を食べていますか？

通常の病院食 栄養補助食品 飲料のみ

経口栄養 - 1回の食事について、記載してください:

ほとんど全部 1/2 1/4 何も食べない

記録した食事: 昼食 夕食

患者に、気分と満足度について質問してください？

1. 空腹ですか? はい いいえ 不明

2. 食欲がありますか? はい いいえ 不明

3. のどが渇いていますか? はい いいえ 不明

4. 口が渇いていますか? はい いいえ 不明

5. 吐き気を感じますか? はい いいえ 不明

6. 腹痛がありますか? はい いいえ 不明

次のシートに続きます4b

この患者に当てはまる項目を選択して下さい



ICU
シート 4b

日付
センター・コード
部門コード

患者番号
患者のイニシャル（ローマ字にしたときの先頭文字）

経腸／非経口栄養

患者は市販の栄養剤を摂取していますか？ はい いいえ

経腸栄養製品及び量

Name: コード:
この製品は kcal/ml **あるいは kcal**
直近の24時間に計画されていた: ml/24h kcal/24h
直近の24時間に投与された: ml/24h kcal/24h

静脈栄養製品と量

Name: コード:
この製品は kcal/ml **あるいは kcal**
直近の24時間に計画されていた: ml/24h kcal/24h
直近の24時間に投与された: ml/24h kcal/24h

その他の栄養製品と量

Name: コード:
この製品は kcal/ml **あるいは kcal**
直近の24時間に計画されていた: ml/24h kcal/24h
直近の24時間に投与された: ml/24h kcal/24h

個別に処方された栄養

個別に処方された製品を使用している場合は、記入してください

アミノ酸: 直近の24時間に計画された量: g/24h
直近の24時間に投与された量 g/24h

炭水化物: 直近の24時間に計画された量: g/24h
直近の24時間に投与された量 g/24h

脂質: 直近の24時間に計画された量: g/24h
直近の24時間に投与された量 g/24h

その他の栄養素は？

- アミノ酸 グルコース
 グルタミン ビタミンE
 一価不飽和脂肪酸 セレン
 オメガ3系脂肪酸

ありがとうございました