# 食　事　箋

| 施設長 | 店　長 | 記入者 |
|---|---|---|
| | | |

提出日：　　年　　月　　日

　　号室

| ふりがな | | 男 | 生年月日 |
|---|---|---|---|
| 氏名 | 様 | 女 | MTS　　年　　月　　日 |

| 入居　退居　止め（　外出　外泊　入院　）開始　変更 | | |
|---|---|---|
| 期間 | 年　月　日（　）朝　昼　夕 | のみから |
| | 年　月　日（　）朝　昼　夕 | まで |
| | 年　月　日（　）　継続 | |

| 特別食に関わる疾患名 | |
|---|---|

| 特別食 | ☐ 糖尿病食（指示　　kcal）　☐ 貧血食<br>☐ カロリー制限（指示　　kcal）<br>☐ 腎臓病食（指示たんぱく質　　g　塩分　　g 未満）<br>☐ 減塩食（塩分　　g 未満） |
|---|---|

| 主　食 | 副　食 | 経管栄養 |
|---|---|---|
| ☐ ご飯　☐ 軟飯　☐ おにぎり<br>☐ 全粥　☐（　　）分粥<br>☐ ミキサー粥<br>☐ パン（　朝　昼　夕　）<br>☐ その他（　　） | ☐ 普　通<br>☐ 一口大<br>☐ 粗きざみ<br>☐ きざみ<br>☐ ソフト食<br>☐ ミキサー食<br>☐ その他（　　） | エネルギー<br>（　　）kcal<br>水分<br>（　　）ml<br>栄養剤名 |

| 禁止食品 | 食品名（　　）理由（ 内服 ・ アレルギー ） |
|---|---|
| 備　考 | |

注）毎月の食事代は、喫食実績に基づき精算されます。食事の要否を正しく報告することが、食事代に関するトラブルの解消につながりますので、下記のご提出期限を徹底下さいます様、お願いいたします。

1. 朝食の追加・キャンセル……前日の午後５時までにフロントへお届け下さい。
2. 昼食の追加・キャンセル……当日の午前９時までにフロントへお届け下さい。
3. 夕食の追加・キャンセル……当日の午後１時までにフロントへお届け下さい。