

摂食・嚥下調整食に関する早見表（独自の食形態）

施設名	【記載例】〇〇病院	介護老人保健施設プラタナスの丘
嚥下調整が必要な 人への食形態①	名称 「ゼリー食」 主：なし 副：なし 汁：なし 栄：（En） 360kcal （P） 14 g 特：ゼリーのみ	名称「 主： 副： 汁： 栄：（En） kcal （P） g 特：
嚥下調整が必要な 人への食形態②	「とろみ食」 主：全粥 副：フードプロセッサーにかける 汁：中間のとろみ 栄：（En） 1300kcal （P） 30 g 特：舌でつぶせる硬さ（UDF）	名称「 ペースト食 」 主：粥ペースト 副：ペースト 汁：とろみ付き 栄：（En） 1200kcal （P） 47 g （En） 1000kcal （P） 43g 特：
嚥下調整が必要な 人への食形態③	「きざみ食」 主：全粥または軟飯 副：3cm角程度 汁：とろみ必要時は別途オーダー（中間のとろみ） 栄：（En） 1600kcal （P） 65 g 特：歯茎でつぶせる硬さ（UDF）	名称「 刻み食 」 主：全粥または軟飯 副：0.1～0.2cm 汁：別途オーダー とろみ付き 栄：（En） 1600kcal （P） 63 g （En） 1400kcal （P） 59g （En） 1300cal （P） 57g
とろみ剤	ソフティアS	パワースマイル
とろみの段階	薄いとろみ（200ml：1 g） 中間のとろみ（200ml：2 g） 濃いのとろみ（200ml：5 g）	
担当者 （連絡先）	栄養管理科 Tel：029-000-000（直通） Fax:029-000-000 連絡のつきやすい時間帯：午後14時以降	Tel：0295-54-1150 Fax：0295-52-6150

【記載上の注意点】

主：主食の内容・形状をご記載ください。

副：副食の内容・形状をご記載ください。

汁：汁のとろみの有無、内容等（具なし等）をご記載ください。

栄：En） エネルギー量 P） 蛋白質量 をご記載ください。

特：特記事項、食種の詳細等をご記載ください。

※とろみ剤について、使用がない場合は「使用なし」とご記載ください。