

## 栄養マネジメント加算に係る添付書類

事業所番号	
施設の名称	
施設の利用定員	

管理栄養士氏名			
雇用年月日	平成	年	月 日
勤務形態	常勤・非常勤	専従・兼務	兼務先

次のいずれかに○を付けてください。

〔 実施要件 〕	
1 医師, 管理栄養士, 看護師その他の職種の者が共同して, 入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している。	有 ・ 無
2 入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに, 入所者の栄養状態を定期的に記録している。	有 ・ 無
3 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し, 必要に応じて当該計画を見直している。	有 ・ 無