**日本病態栄養学会認定ＮＳＴ研修**

**＜臨床研修・症例＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者名 |  | 職種 |  |
| 研修施設名 |  |
| 構成員名 | 医　師 |  | 看護師 |  |
|  | 薬剤師 |  | 管理栄養士 |  |
| 研修日時 | ①　　　月　　日(　　)　　　：　～　　：　　【　　　時間　　分】 |
|  | ②　　　月　　日(　　)　　　：　～　　：　　【　　　時間　　分】 |
|  | ③　　　月　　日(　　)　　　：　～　　：　　【　　　時間　　分】 |
|  | ④　　　月　　日(　　)　　　：　～　　：　　【　　　時間　　分】 |
|  | ⑤　　　月　　日(　　)　　　：　～　　：　　【　　　時間　　分】 |
|  | ⑦　　　月　　日(　　)　　　：　～　　：計　【　　　時間　　分】 |

＊１～10時間･･１症例　11～20時間･･２症例　21時間以上･･３症例 (少なくても１例は経腸栄養が望ましい)

患　者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性別 | 　□ 男　 □ 女 | 年齢 | 歳 | 栄養障害度 | □ 軽度　□ 中等度　□ 高度 |

主病名(栄養管理に関係するものを中心に)

|  |
| --- |
|  |

ＮＳＴ依頼の目的(あるいは、なぜ栄養管理を行ったか)

|  |
| --- |
|  |

現病歴

|  |
| --- |
|  |

提出書類３

紹介時の主な身体所見および検査所見

|  |
| --- |
|  |

経過と考察(行った栄養管理を中心に、病態の変遷との関連)

|  |
| --- |
|  |

総合考察(この症例に行った栄養治療に対する考察を加える。問題点なども)

|  |
| --- |
|  |

２０　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 研修施設名 |  |
| 指導責任者名 |  | ㊞ |

(自署・押印をお願いします)