**附件四、**

**營養品補助評估單**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 癌別 |  | | 性別 | * 男 □女 | |
| **僅由營養師填寫以下營養評估欄位：** | | | | | | | |
| S:⬩進食障礙(□無 □吞嚥不適 □咀嚼不易 □灌食)  ⬩消化吸收障礙(□無 □腹瀉 □便秘 □噁心 □嘔吐 □腹脹 □灌食回抽多)  ⬩疾病營養治療需求：□糖尿病 □腎臟病□高血脂 □肝病 □癌症 □灌食者 □呼吸器 □其他  ⬩其他： | | | | | | | |
| O：身高 cm / 體重 kg /理想體重 kg(22Xm2)  ⬩體重變化：□減輕 □維持 □增加( 公斤 / )  ⬩目前體重/理想體重： %  ⬩臨床表徵：□無特殊臨床表徵 □肌肉耗損□皮下脂肪耗損□水份滯留(部位： ) □其他  ⬩生化檢驗: 檢驗日期 年 月 日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Alb | WBC | Hgb | PLT | GOT/GPT | Na/K | BUN/Cr. | AC/PC | TG/Chol. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ⬩熱量需求： Kcal/d ( kcal/kgIBW； kcal/kg現在BW )  ⬩蛋白質需求： g/d ( g/kgIBW； g/kg現在BW )  ⬩目前攝取熱量： Kcal/d  ⬩進食狀況: | | | | | | | |
| P: 1.營養品補充 % of 需要量= Kcal/d  2.配方設計: (量/次 \* 次/天)  3.其他： | | | | | | | |
| 營養師親簽 |  | 聯絡電話 |  | 可聯繫時間 | | |  |
| 服務單位 |  | | | 評估日期 | | |  |

＊以上僅供財團法人癌症希望基金會營養品補助申請使用，如個案特殊配方需求評估聯繫確認。