영양상태평가서

① 성명:
② 생년월일:
③ 영양상태평가일:

<table>
<tr><th>항 목</th><th colspan="2">평 가</th></tr>
<tr><td rowspan="4">신체계측</td><td colspan="2">키: cm (백분위수)</td></tr>
<tr><td colspan="2">체중: kg (백분위수)</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 키별 체중 (3세 미만) : 백분위수
□ 체질량지수 (3세 이상) : kg/m^2 (백분위수)</td></tr>
<tr><td>성장 상태</td><td>□ 정상성장상태 □ 비만/과체중
□ 체중감소 □ 성장둔화</td></tr>
<tr><td rowspan="4">열량 필요량
(선택)</td><td rowspan="3">□ 기초대사량 기반
열량산정</td><td>□ Harris-Benedict □ Schofield
□ FAO/WHO/UNU □ 기 타</td></tr>
<tr><td>기초대사량 : 열량/일</td></tr>
<tr><td>열량필요량 : 열량/일</td></tr>
<tr><td>□ 체중기반
열량산정</td><td>열량필요량 : 열량/일</td></tr>
<tr><td>영양상태평가
종합의견</td><td colspan="2">□ 소아청소년 크론병에 대한 경장영양치료가 필요함
□ 소아청소년 단장증후군에 대한 경장영양치료가 필요함
- 특수조제분유 1일 영양요구량 (권장량, 열량/일)</td></tr>
</table>

발급일자:

의료기관명: (직인)

※ 영양상태평가서는 통원중인 병원에서 발급받을 수 있으며, 병원마다 양식이 다를 수 있습니다.
※ 병원에 따라 발급비용이 발생할 수 있으므로, 자세한 내용은 해당 병원에 문의하시기 바랍니다.