

訪問栄養食事指導指示書 兼 情報提供書

【依頼先医療機関】

医療法人良善会 ひかり病院 栄養科

住所 〒520-0002 大津市際川3丁目35- 1

電話 077-522-5411

FAX 077-522-5419

☐ 介護保険（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） ☐ 医療保険

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	年 月 日	
住所			電話番号	

現病名								
既往歴								
通院困難な理由	歩行困難 ・ 認知機能低下 ・ その他（ ）							
処方薬								
禁忌・アレルギー								
身体所見	身長	cm	体重	kg	（増加・安定・減少）			
検査値 （採血日： / ） ☐ 別紙にて添付	TP		TC		尿酸		Ht	
	Alb		LDL-C		BUN		Hb	
	AST		HDL-C		Cr		尿糖	
	ALT		TG		K		尿蛋白	
	γ-GTP		BS		IP			
			HbA1c					
栄養問題	☐ 食欲不振 ☐ 脱水 ☐ 褥瘡 ☐ 嚥下障害 ☐ 肥満 ☐ 便秘 ☐ 下痢 ☐ 浮腫 ☐ 腹水 ☐ 慢性疾患食事療法 ☐ その他（ ）							

栄養管理指示

栄養指導 対象疾患等	☐ 糖尿病 ☐ 高度肥満症 ☐ 高血圧症 ☐ 心疾患 ☐ 脂質異常症 ☐ 胃・十二指腸潰瘍 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 痛風 ☐ 人工血液透析・腹膜透析 ☐ がん ☐ 低栄養 ☐ 嚥下障害 ☐ その他（ ）			
	重点的に指導 を必要とする 場合に選択 ☐ 適正エネルギーについて ☐ 炭水化物(糖質)について ☐ たんぱく質について ☐ 脂質について ☐ 塩分について ☐ 水分について ☐ 低栄養の改善 ☐ 誤嚥の予防 ☐ その他()			
指示栄養量	エネルギー	kcal	塩分	g
	たんぱく質	g	水分	ml
	脂質	g	摂食嚥下学会 コード： 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4 水分とろみ：薄い・中間・濃い	
その他連絡事項				

上記の通り、訪問栄養食事指導を指示します。

指示日： 年 月 日

医療機関名

住所 〒

電話

担当医師

FAX

