

# 訪問栄養食事指導指示書 兼 情報提供書

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養食事指導実施を指示します。

【依頼先医療機関】

メディケアクリニック石神井公園 内メディケア認定栄養ケア・ステーション

住所：練馬区石神井町2-8-21 MJYビル3F Tel：03-6913-2278(代)

FAX：03-6913-3682

介護保険

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			
診断名	疾患名		病状			
	1		安定 ・ 不安定 ・ 不明			
	2		安定 ・ 不安定 ・ 不明			
	3		安定 ・ 不安定 ・ 不明			
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	褥瘡	あり ・ なし
検査値	採血日： 年 月 日					
	TP：	ALB：	AST：	ALT：	γ-GTP：	
	TG：	LDL-C：	HDL-C：	BUN：	Cre：	
	eGFR：	Na：	K：	Cl：	CRP：	
	WBC：	RBC：	Hb：	血糖値（空腹・随時）：		
	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付					
栄養指導対象疾患等	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための流動食 <input type="checkbox"/> 低残渣食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症（肥満度40%以上またはBMI30以上）に対する治療食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食（胃・十二指腸潰瘍・消化器術後） <input type="checkbox"/> 摂食困難 <input type="checkbox"/> 低栄養状態 <input type="checkbox"/> 嚥下困難（学会分類コード： 水分とろみ： ）					
医療保険	<input type="checkbox"/> フェニルケトン尿症食 <input type="checkbox"/> メープルシロップ尿症食 <input type="checkbox"/> ガラクトース血症食 <input type="checkbox"/> ホモシスチン尿症食 <input type="checkbox"/> がん					
介護保険	<input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食					
指示内容 必要な項目のみ記入	熱量	たんぱく質量		食塩量	その他	
	<input type="checkbox"/> 35 kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> 0.8 g/kg/日		<input type="checkbox"/> 制限なし	摂食嚥下学会 コード： 水分とろみ：	
	<input type="checkbox"/> 30 kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> 1.0 g/kg/日		<input type="checkbox"/> 6 g/日未満		
	<input type="checkbox"/> 25 kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> 1.2 g/kg/日		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 20 kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> その他 g/kg/日				
	<input type="checkbox"/> 疾患・体格を考慮し、管理栄養士にて調整可					

上記の通り、栄養食事指導を指示します。

医療機関名： \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

担当医師： \_\_\_\_\_

印