

医療法人社団 仁生会 甲南病院

地域医療連携部 担当者
 管理栄養士 担当者 宛

指示日 年 月 日 新規 継続

指示有効期間 1ヶ月 3ヶ月 6ヶ月

(紹介元) 医療機関名 _____
 住 所 _____
 電話番号 () - _____
 医師氏名 _____

*ふりがな				*性別	<input type="checkbox"/> 男	*生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
*患者氏名				<input type="checkbox"/> 女			年	月	日	生
*(連絡先)	住所									
	電話	()-	FAX	()-						
*病名	①	②	③							
既往歴				紹介目的	在宅訪問栄養食事指導					
*投薬内容									
検査結果	TP	_____ g/dL	BUN	_____ mg/dL						
	Alb	_____ g/dL	Cre	_____ mg/dL						
	LDL-cho	_____ mg/dL	UA	_____ mg/dL						
	TG	_____ mg/dL	AST	_____ U/l						
	HbA1c	_____ %	ALT	_____ U/l						
身体計測	身長	_____ cm	体重	_____ kg						
連絡事項										

訪問栄養指導指示書

**指示食 チェック して下さい	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食
	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食	<input type="checkbox"/> 膵臓病食	<input type="checkbox"/> 貧血食	<input type="checkbox"/> 痛風食
	<input type="checkbox"/> 肝臓病食	<input type="checkbox"/> 高度肥満(BMI35以上)	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	
	<input type="checkbox"/> 低栄養 ○ Alb3.5g/dl未満 ○ るい瘦(BMI18.5未満) ○ 褥瘡 ○ 摂取量低下(75%以下)			
	<input type="checkbox"/> がん 【○ 化学療法○ 終末期・緩和ケア】 <input type="checkbox"/> その他()			
指示栄養量 および 食形態	エネルギー	_____ kcal	* 食形態	
	たんぱく質	_____ g	<input type="checkbox"/> 普通	
	脂 質	_____ g	<input type="checkbox"/> 軟菜	
	塩 分	_____ g	<input type="checkbox"/> きざみ	
	水 分	_____ ml	<input type="checkbox"/> ミキサー、ゼリー	
*指導の対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 介護者(ヘルパー・施設の職員等) <input type="checkbox"/> その他()			

*は必ず書いてください。**は指示医がご記入ください。