

医療法人社団 仁生会 甲南病院

地域医療連携室 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	<input type="checkbox"/> 女	*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					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【 <input type="radio"/> Alb3.5g/dl未満 <input type="radio"/> るい瘦(BMI18.5未満) <input type="radio"/> 褥瘡 <input type="radio"/> 摂取量低下(75%以下)】			
	<input type="checkbox"/> がん【 <input type="radio"/> 化学療法 <input type="radio"/> 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。