

在宅訪問栄養指導指示書および診療情報提供書

【依頼先医療機関】

医療法人社団 侑眞 訪問診療クリニックやまがた 宛

指示日 年 月 日

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導を指示します。

【患者情報】

フリガナ			性別	生年月日	年 月 日 () 歳
利用者氏名	様		□ 男	TEL	
			□ 女		
住所					
主疾患名					
投与薬剤	□ 別紙添				
検査値	□ 別紙添付				
身体所見	身長	cm	体重	kg (増加・不变・減少・不明)	

【栄養指導内容】※□は該当するものに✓をご記入ください

栄養指導 対象特別食	□ 腎臓病食 □ 肝臓病食 □ 糖尿病症 □ 胃潰瘍食 □ 貧血食					
	□ 脾臓病食 □ 脂質異常症食 □ 痛風食 □ 高血圧食 □ 経管栄養のための濃厚流動食					
	□ 低栄養状態 (体重の減少、食欲低下など) □ 摂食・嚥下機能低下					
	□ その他疾患 ()					
栄養量の指示 (該当する項目 に✓又は数字を ご記入ください)	□ 下記内容を指示する。			□ 疾患に基づき、管理栄養士に算出させる		
	① エネルギー			参考	寝たきり	標準体重あたり 20Kcal
					座位可能・軽度低栄養	標準体重あたり 25Kcal
	② たんぱく質			参考	中等度低栄養	標準体重あたり 30Kcal
					正常	標準体重あたり 1.0g
					代謝亢進軽度	標準体重あたり 1.2g
	③ 塩分			参考	腎機能障害	標準体重あたり 0.8g
□ 制限なし					□ g/日未満	
④ 水分			参考	【備考】		
				□ 制限なし	□ mL/日未満	
⑤ その他指示						
指導内容	□ 栄養アセスメント (食事内容確認) □ 食事指導 (治療食) □ 食形態の調整					
	□ 食習慣の改善 □ 調理指導 □ 低栄養改善 □ 栄養量の調整					
	□ その他 ()					
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (6月以内に限る)					
特記事項						

*この指示書は栄養ケア計画に合わせ3か月~6か月を有効期間とさせて頂き、変更の有無を確認させて頂きます。

【紹介元医療機関】

医療機関・施設名 : _____

電話番号 : _____

主治医名 : _____ 印