

# 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 侑真 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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL	
住所					
主疾患名					
投与薬剤	<input type="checkbox"/> 別紙添				
検査値	<input type="checkbox"/> 別紙添付				
身体所見	身長	cm	体重	kg (増加・不変・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	<input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 貧血食							
	<input type="checkbox"/> 膵臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食							
	<input type="checkbox"/> 低栄養状態（体重の減少、食欲低下など） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下							
	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/>	下記内容を指示する。				<input type="checkbox"/>	疾患に基づき、管理栄養士に算出させる	
	① エネルギー	Kcal				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
							中等度低栄養	標準体重あたり 30Kcal
	② たんぱく質	g				参 考	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
							腎機能障害	標準体重あたり 0.8g
	③ 塩分	<input type="checkbox"/>	制限なし				【備考】	
<input type="checkbox"/>		g/日未満						
④ 水分	<input type="checkbox"/>	制限なし						
	<input type="checkbox"/>	mL/日未満						
⑤ その他指示								
指導内容	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント（食事内容確認） <input type="checkbox"/> 食事指導（治療食） <input type="checkbox"/> 食形態の調整 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> 低栄養改善 <input type="checkbox"/> 栄養量の調整 <input type="checkbox"/> 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