

在宅訪問栄養食事指導指示書

□介護保険 □医療保険

フリガナ 患者氏名		男・女	生年月日 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			
既往症								
通院が困難な理由	□歩行困難 □長時間の座位が保てない □認知機能低下 □その他()							
処方薬								
身体所見	身長	cm	体重	kg	腹囲	cm	血圧	mmHg
検査結果 (添付可)	TP	AST	TG	Glu				
	Alb	ALT	T-Cho	HbA1c				
採血日 年 月 日	Hb	BUN	HDL-c	Na/Cl/K				
	Ht	Cre	LDL-c	CRP				

【栄養管理指示】

特別食	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <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"/> 心臓疾患などに対する減塩食 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍に関する潰瘍食 <input type="checkbox"/> クロウン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能に対する低残渣食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症食(BMI30以上) <input type="checkbox"/> 高血圧に関する減塩食 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 低栄養状態(体重の減少、脱水、褥瘡など)			
医療保険のみ	<input type="checkbox"/> フェニールケトン尿症食 <input type="checkbox"/> 楓糖尿病 <input type="checkbox"/> ガラクトース血症食 <input type="checkbox"/> ホモシスチン尿食 <input type="checkbox"/> がん			
介護保険のみ	<input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食			
方針・目標	<input type="checkbox"/> 食事摂取量の確保と、栄養状態の維持・改善 <input type="checkbox"/> 安全な経腸栄養で栄養量の確保 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能に合った食事で栄養量を確保 <input type="checkbox"/> 栄養補助食品・介護食品の紹介 <input type="checkbox"/> 疾患に応じた食事で栄養状態を維持 <input type="checkbox"/> 終末期の食事管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡改善のための栄養量の確保 <input type="checkbox"/> その他()			
留意事項				
指示内容	エネルギー	Kcal	塩分	g
必要な項目 のみ記入	たんぱく質	g	水分	ml
	脂質	g	その他()	
	<input type="checkbox"/> 疾患や体格を考慮した栄養管理を管理栄養士にて調整可			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ アレルゲン()			
食事指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家人() <input type="checkbox"/> その他()			

上記の通り、栄養食事指導を指示します。

令和 年 月 日 医療機関名

担当医師

⑧

医療法人社団 和敬会

稲見胃腸外科宛

TEL: 0794-82-0203/FAX: 0794-82-5782