

訪問栄養食事指導指示書 兼 情報提供書

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養食事指導実施を指示します。

【依頼先医療機関】

メディケアクリニック石神井公園 内メディケア認定栄養ケア・ステーション

住所：練馬区石神井町2-8-21 MJYビル3F Tel：03-6913-2278(代)

FAX：03-6913-3682 ☐介護保険 ☐医療保険 記載日： 年 月 日

フリガナ					性別	生年月日	
患者氏名					男・女	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		
既往歴							
通院困難な理由	歩行困難 ・ 認知機能低下 ・ その他（ ）						
処方薬							
禁忌・アレルギー							
身体所見	身長	cm	体重	Kg		褥瘡	あり ・ なし
検査値	採血日： 年 月 日						
	TP：	ALB：	AST：	ALT：	γ-GTP：		
	TG：	LDL-C：	HDL-C：	BUN：	Cre：		
	eGFR：	Na：	K：	Cl：	CRP：		
	WBC：	RBC：	Hb：	血糖値（空腹・随時）：			
	☐ 別紙にて添付						
栄養指導 対象疾患等	☐ 糖尿病食 ☐ 腎臓食 ☐ 肝臓食 ☐ 膵臓食 ☐ 痛風食 ☐ 貧血食						
	☐ 脂質異常症食 ☐ 心疾患に対する減塩食 ☐ 経管栄養のための流動食						
医療保険	☐ 低残渣食 ☐ 高度肥満症（肥満度40%以上またはBMI30以上）に対する治療食						
	☐ 潰瘍食（胃・十二指腸潰瘍・消化器術後） ☐ 摂食困難 ☐ 低栄養状態						
介護保険	☐ 嚥下困難（学会分類コード： 水分とろみ： ）						
	☐ フェニルケトン尿症食 ☐ メープルシロップ尿症食 ☐ ガラクトース血症食						
指示内容 必要な項目のみ記入	☐ ホモシスチン尿症食 ☐ がん						
	☐ 経管栄養のための濃厚流動食						
指示内容 必要な項目のみ記入	熱量		たんぱく質量		食塩量		その他
	☐ 35kcal/kg/日		☐ 0.8g/kg/日		☐ 制限なし		摂食嚥下学会
	☐ 30kcal/kg/日		☐ 1.0g/kg/日		☐ 6g/日未満		コード：
	☐ 25kcal/kg/日		☐ 1.2g/kg/日		☐ その他（ ）		水分とろみ：
指示内容 必要な項目のみ記入	☐ 20kcal/kg/日		☐ その他 g/kg/日				
	☐ 疾患・体格を考慮し、管理栄養士にて調整可						

上記の通り、栄養食事指導を指示します。

医療機関名：

期間：令和 年 月 日

～令和 年 月 日

担当医師：

