

訪問栄養指導依頼票・指導報告書（在宅）

氏名（フリガナ） <div style="text-align: right;">殿</div>		年 月 日から有効		医療機関名		
生年月日 M.T.S.H.R 年 月 日		男・女		医師名		
		歳		印		
住所 〒						
電話番号		キーパーソン情報				
身長	cm	体重	kg	BMI	kg/m ²	
標準体重	kg	体重変化	（ ）週間で（ ）kg 増加・減少			
指導日 年 月 日 時 分～ 時 分						
病名						
医師の指示事項	指示食種		指示栄養量		食形態	
	<input type="checkbox"/> 糖尿食	<input type="checkbox"/> 腎臓食	熱量	kc kcal	とろみ調整	
	<input type="checkbox"/> 腎臓食	<input type="checkbox"/> 貧血食	熱量構成	たんぱく質 %	不要 ・ 必要	
	<input type="checkbox"/> 減塩食	<input type="checkbox"/> がん		脂質 %	薄い・中間・濃い	
	<input type="checkbox"/> 潰瘍食	<input type="checkbox"/> 低栄養		炭水化物 %	嚥下調整食コード	
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食	たんぱく質	g	(必須)	
	<input type="checkbox"/> 肝臓食	<input type="checkbox"/> その他	脂質	g		
	検査データ		炭水化物	g	0j・0t・1j 2-1・2-2・3・4	
	血糖値 mg/dl	中性脂肪 mg/dl	食塩	g		
	HbA1c %	HDL-C mg/dl				
	BUN mg/dl	LDL-C mg/dl	特記事項			
	クレアチニン mg/dl	ヘモグロビン g/dl				
	AST IU/L	Alb g/dl				
	ALT IU/L					
	γGTP IU/L					
栄養指導記録	S)		食事・生活調査			
	O)		栄養指導経験 無・有（ ）			
			調理担当者			
			食事時間			
			食事回数			
			食べる速さ			
			外食・中食			
			アルコール			
			たばこ			
			運動			
P)						
		管理栄養士				