

訪問栄養食事指導に関する指示書

【(公社)兵庫県栄養士会 栄養ケア・ステーション宛て】

【医療機関の所在地及び名称】

医療機関名

医師氏名

| | | | | | | |
|---------------------|--------|--------|------|-------|---|---|
| 患者氏名 | (フリガナ) | 様(男・女) | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 患者住所 | | | 連絡先 | | | |
| 疾患名 | | | | | | |
| 既往歴 | | | | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | | | |
| 検査結果 | Alb | TP | AST | ALT | | |
| (必要など ろのみ記 入) | TC | TG | K | BUN | | |
| | Cre | UA | Glu | HbA1c | | |
| 現在の処方薬 | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | |

【指示内容】

| | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| 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"/> 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"/> 高度肥満 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍に関する潰瘍食 <input type="checkbox"/> 低残渣食 <input type="checkbox"/> 高血圧に関する減塩食 <input type="checkbox"/> 検査食() <input type="checkbox"/> 低栄養状態(体重の減少、脱水、褥瘡など) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 | | | | | |
| 医療保険のみ | <input type="checkbox"/> フェニールケトン尿症食 <input type="checkbox"/> 楓糖尿食 <input type="checkbox"/> ホモシスチン尿食 <input type="checkbox"/> ガラクトース血症食 <input type="checkbox"/> 治療乳 <input type="checkbox"/> 無菌食 <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 | | | | | |
| 指示内容 | ①熱量 () kcal ②熱量構成 () (必要など ろのみ記 入) ③たんぱく質量 () g ④脂質量 () g ⑤塩分 () g ⑥その他 () | | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ アレルゲン () | | | | | |
| 連絡欄 | | | | | | |
| 食事指導対象者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家人 () <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |