

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 (必要など ろのみ記 入)	Alb	TP	AST ALT
	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 (必要など ろのみ記 入)	①熱量 () kcal		②熱量構成 ()	
	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()			