

# 訪問栄養指導(居宅療養管理指導)による依頼書 兼 情報提供書

可能な限りで、下記へ記載またはチェックをお願い致します。

八千代病院 栄養課 行き		<b>FAX:0566-98-6191</b>		送信日	年	月	日
ご依頼者	施設名			TEL			
	担当者名			FAX			

フリガナ				電話番号			
利用者名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	固定	携帯	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳	家族構成
住所	〒 -			キーパーソン( )続柄( )			
かかりつけ医			主治医			診療科	
主病名					現状		
既往歴							
かかりつけ医			主治医			診療科	
主病名					現状		
既往歴							

介護保険	<input type="checkbox"/> 無要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中要介護2 <input type="checkbox"/> 要支援1要介護3 <input type="checkbox"/> 要支援2要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
現在のサービス状況	①訪問看護 ②訪問リハビリ ③ヘルパー ④デイサービス ⑤デイケア ⑥他( )						
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前							
午後							
食事	栄養管理	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 経腸栄養管理 <input type="checkbox"/> 静脈栄養管理					
	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他( )					
	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> その他( )					
	水分	<input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみあり    形状目安( )					
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
	服薬による禁忌食材	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
その他	口腔	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 全義歯					
	移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 歩行器・杖 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない					
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    部位( )					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    部位( )						
備考							

## 現状の状況およびご本人・ご家族からの希望(依頼内容)

食事管理不良     食欲不振     摂食・嚥下機能低下     褥創の治癒遅延  
 食べやすい食事の工夫や食事準備のポイントを知りたい  
 その他( )

当院記入欄	受理日		介入可否		初回訪問日		担当者	
-------	-----	--	------	--	-------	--	-----	--