

居宅療養管理指導(訪問栄養指導)指示書

社会医療法人財団新和会 八千代病院 介護事業部 行き

FAX: 0566-97-1659

患者氏名 (利用者名)		性別		生年月日	歳	
住所	〒				電話	
疾患名						
対象となる 特別食等	☐ 腎臓病食 ☐ 肝臓病食 ☐ 糖尿病食 ☐ 胃潰瘍食 ☐ 貧血食 ☐ 脾臓病食 ☐ 脂質異常症食					
	☐ 痛風食 ☐ 高血圧・心臓食 ☐ 経管栄養のための濃厚流動食 ☐ 嚥下困難のための流動食 ☐ 低栄養状態					
	☐ 特別な場合の検査食 ☐ その他（ ）					
指導内容	☐ 食形態の調整 ☐ エネルギー摂取量の調整 ☐ たんぱく質摂取量の調整 ☐ 脂質摂取量の調整					
	☐ ビタミン摂取量の調整 ☐ ミネラル摂取量の調整 ☐ 食事内容（栄養バランス）の調整					
	☐ その他（ ）					
	<上記詳細・その他内容・目標>					
留意事項						
身体情報	身長（ ）cm 体重（ ）kg 【計測日： 年 月 日 】 BMI（ ）kg/m ²					
指示 栄養量 ※医療保険は必須 ※介護保険は未記入でも可	エネルギー		kcal/日	その他	☐ 体格や疾患に基づき、適正な栄養量を管理栄養士にて算出可	
	たんぱく質		g/日			
	脂質		g/日			
	()		g/日			
検査値・服薬内容	☐ 別紙添付あり					

訪問栄養指導指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

医療機関・施設名

医療機関・施設名:

電話番号:

FAX:

上記のとおり、栄養管理を依頼します。

醫師名：