

居宅療養管理指導（在宅訪問栄養指導）指示書

| | | | | | |
|----------------------|--|------|--|------|----------------------|
| フリガナ 利用者氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日()歳 |
| 住 所 | | | | 電話 | () — |
| 主たる疾病名 | | | | 退院日 | 平成 年 月 日 |
| 病状・治療状態 | | | | | |
| 投与中の薬剤 | 1, | | 2, | | |
| | 3, | | 4, | | |
| | 5, | | 6, | | |
| 禁忌・留意事項 | | | | | |
| 栄養指導 対象疾患等 | <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 <input type="checkbox"/> てんかん食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症（肥満度40%以上又はBMI30以上）に対する治療食 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食 <input type="checkbox"/> 消化器術後に対する潰瘍食・低残渣食 <input type="checkbox"/> クローン病・潰瘍性大腸炎による腸管機能低下に対する低残渣食 <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食（潜血食） <input type="checkbox"/> がん患者に対する食事 <input type="checkbox"/> 嚥下機能低下患者に対する食事 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低栄養状態改善の食事 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 栄養量指示項目 | 熱量 | タンパク | 脂質量 | 塩分 | |
| | | g | g | g | |
| | ・重点事項 | | | | |
| 緊急時の連絡先 (不在時の対応法) | | | | | |

上記のとおり、訪問栄養指導の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

印