

# 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