

訪問栄養指導依頼書 兼 情報提供書

保険適応

医療・**介護**

【依頼先医療機関】

独立行政法人地域医療機能推進機構
宮崎江南病院
介護保険事業所番号 4518110038
住所 宮崎市大坪西1丁目2番1号
電話 (0985) 53-8821(代)
FAX (0985) 51-7576

【紹介元医療機関】

施設名
住所
電話
FAX
医師氏名 印

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導の実施を指示します。

平成 年 月 日

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	M・T・S・H	年
氏名			<input type="checkbox"/> 女			
住所	〒					
電話番号	自宅 ()	緊急連絡先 ()				

主たる疾病名	
病状 治療状態	
投与中の薬剤	1, 2, 3, 4, 5, <input type="checkbox"/> 別紙にて添付
禁忌・留意事項	

身長	cm	体重	kg (増加・不変・減少・不明)
----	----	----	--------------------

検査値	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付				
	TP:	Alb:	AST:	ALT:	CRP:
	TG:	LDL-C:	HDL-C:	BUN:	Cre:
	eGFR:	Na:	K:	Cl:	Hb:
	Ht:	Hb _{A1C} :			

栄養指導 対象疾患等	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <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"/> 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
	<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"/> 経管栄養のための流動食
	<input type="checkbox"/> 嚥下困難者のための流動食 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低栄養状態改善の食事
<input type="checkbox"/> その他()	

指示内容	<u>熱量</u>	<u>たんぱく質量</u>	<u>食塩量</u>
	<input type="checkbox"/> 35Kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> 1.0/kg/日	<input type="checkbox"/> 制限なし
	<input type="checkbox"/> 30Kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> 1.2g/kg/日	<input type="checkbox"/> 減塩:6g/日未満
	<input type="checkbox"/> 25Kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> 0.8g/kg/日	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 20Kcal/kg/日	<input type="checkbox"/> その他 g/kg/日	P/S <input checked="" type="checkbox"/> 1.0~2.0
<input type="checkbox"/> 現在の状況にあわせ、多職種にて算出・検討を行う			

その他 特記事項	
-------------	--

*この指示書は栄養ケア計画内の半年間を有効期間とします。期間の短縮がある場合はその他の欄へご記入をお願いします。