



※指導内容は当院管理栄養士→かかりつけ医へ別紙記載しご報告申し上げます。

注：栄養アセスメント書は別途添付

在宅患者訪問栄養食事指導申込書兼指示箋 (介護保険のみ)

患者情報		フリガナ		年齢	歳	性別	男・女
氏名		住所		生年月日	年	月	日
				電話番号			
				居宅介護支援事業所名			
介護度；要介護		1・2・3・4・5		担当ケアマネジャー			
病名				既往歴			
主な治療薬				臨床所見 Alb、Hb、Cre、CRP等の検査結果がありましたら添付ください			
身体所見		身長		体重(増加・安定・減少)			
		cm		kg			
日常生活自立度		寝たきり度		認知度			
		J A B C		I II III IV M			
緊急連絡先		医療機関		TEL			
栄養問題		食欲不振 脱水 褥瘡 嚥下障害 便秘 下痢 慢性疾患食事療法 その他()					
主治医指示事項							
栄養指導指示内容							
<input type="checkbox"/> 疾患に応じた食事療法 <input type="checkbox"/> 形態調整 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 心臓食 <input type="checkbox"/> 癌() <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍食 <input type="checkbox"/> 低栄養(○alb3.0g/dl↓○医師判断) <input type="checkbox"/> 肥満食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> ○摂食機能低下○嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> その他 () (嚥下調整食学会分類2013で指示)							
訪問により期待する事 <input type="checkbox"/> 体重調整(増・減) <input type="checkbox"/> 血糖や塩分コントロール							
<input type="checkbox"/> 食事量確保 <input type="checkbox"/> 摂食促し <input type="checkbox"/> 嚥下食工夫 <input type="checkbox"/> その他()							
指示栄養量 *ご希望なければ管理栄養士が算出します							
		kcal		脂質		g	
				蛋白質		g	
				塩分		g	
				その他()			
コメント							

通院困難にて、上記の通り訪問栄養指導の実施を指示いたします。 年 月 日より有効

↓こちらに指示された病院名等記入をお願いいたします。

医療機関名

TEL
FAX

住所

医師名

印