

# 診療情報提供書及び訪問栄養指導指示書

【依頼先医療機関】

【紹介元医療機関】

記入日 年 月 日

施設名称 町立奥出雲病院(栄養管理科)  
 住所 仁多郡奥出雲町三成1622番地1  
 TEL (0854)54-2770  
 FAX (0854)54-2771

施設名称  
 住所  
 TEL  
 医師名(サイン) 印

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導を指示します。

《患者情報》

フリガナ 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )
住所			
電話番号 自宅		緊急連絡先	
適応保険	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 ( 居宅療養管理事業所名 : )		

《病状・治療状況》

身長	cm	体重	kg	BMI		標準体重	kg
主たる 疾病名				既往歴			
病状 治療状							
現在の 処方							
検査所 見	Alb _____ TP _____ AST _____ ALT _____ TC _____ TG _____ K _____ BUN _____ CRE _____ UA _____ GLU _____ HbA1c _____ Hb _____ その他						
特記事項							

《栄養指導内容指示欄》

栄養指 導対象 疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 膵臓病食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 高度肥満 <input type="checkbox"/> 嚥下困難のための流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
------------------	---	--	--	--	--	--	--

栄養量指示項目

栄養量	エネルギー _____ kcal たんぱく質 _____ g 脂質 _____ g 脂質 _____ g 塩分 _____ g 水分 _____ g <input type="checkbox"/> 病態に対して適正な栄養量を管理栄養士に算出させる						
塩分 その他	塩分制限 ( <input type="checkbox"/> あり g ・ <input type="checkbox"/> なし ) カリウム制限 ( <input type="checkbox"/> あり mg ・ <input type="checkbox"/> なし ) その他 ( )						
栄養指 導内容	<input type="checkbox"/> 調理のアドバイス <input type="checkbox"/> 指導疾患に対する食事改善 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント(食事内容確認) <input type="checkbox"/> 生活習慣全般の見直し <input type="checkbox"/> 栄養状態の改善 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
指導対象者				要介護度			

\*この指示書は停止の指示があるまで継続します。指示内容に変更が生じた場合は再度指示書を作成していただきます。