

訪問栄養指導(居宅療養管理指導)による依頼書 兼 情報提供書

可能な限りで、下記へ記載またはチェックをお願い致します。

八千代病院 栄養科 行き		FAX:0566-98-6191		送信日	年	月	日	
ご依頼者	施設名			TEL				
	担当者名			FAX				
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号				
利用者名				固定	携帯			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 歳	家族構成				
住所	〒 -				キーパーソン()	続柄()		
かかりつけ医			主治医			診療科		
主病名			現状					
既往歴								
かかりつけ医			主治医			診療科		
主病名			現状					
既往歴								
介護保険	<input type="checkbox"/> 無要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中要介護2 <input type="checkbox"/> 要支援1要介護3 <input type="checkbox"/> 要支援2要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
現在のサービス状況	①訪問看護 ②訪問リハビリ ③ヘルパー ④デイサービス ⑤デイケア ⑥他()							
		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	午前							
午後								
食事	栄養管理	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 経腸栄養管理 <input type="checkbox"/> 静脈栄養管理						
	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他()						
	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> その他()						
	水分	<input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみあり 形状目安()						
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
	服薬による禁忌食材	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
口腔	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 全義歯							
その他	移動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 歩行器・杖 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり						
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない						
	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()						
	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位()						
備考								

現状の状況およびご本人・ご家族からの希望(依頼内容)

- 食事管理不良
 食欲不振
 摂食・嚥下機能低下
 褥創の治癒遅延
 食べやすい食事の工夫や食事準備のポイントを知りたい
 その他()

当院記入欄	受理日		介入可否		初回訪問日		担当者	
-------	-----	--	------	--	-------	--	-----	--