

居宅療養管理指導(訪問栄養指導)指示書

社会医療法人 財団新和会 八千代病院 介護事業部(栄養課) 行き

FAX:0566-98-6191

※以下で該当する箇所を○で囲む、または□にレを記入してください

患者氏名 (利用者名)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	歳
住所	〒 -				電話	() -			
主疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 痔疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 整形疾患 <input type="checkbox"/> 脳外疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 術後 <input type="checkbox"/> その他 ()				既往歴				
栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 食欲不振・食欲低下 <input type="checkbox"/> 摂食不良 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 低栄養の恐れ <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 経管栄養管理 <input type="checkbox"/> その他 ()								
要介護認定の状況	要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)				意思疎通		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能		
指示 栄養量 ※医療保険は必須 ※介護保険は未記入でも可	エネルギー				その他	<input type="checkbox"/> 体格や疾患に基づき、適正な栄養量を管理栄養士にて算出可			
	たんぱく質								
	塩分								
	()								
血液検査 (特記事項)									
現状または留意事項									
本人・家族の希望									

訪問による食事や栄養面の支援が必要と考えます。

上記のとおり、居宅療養管理指導(訪問栄養指導)の実施を指示いたします。

訪問栄養指導指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

医療機関名
住所
TEL

医師名

印