

訪問栄養食事指導(居宅療養管理指導) 指示書

年 月 日

患者氏名:	生年月日:										
様	性別: 年齢:										
住所:	電話番号:										
診断名(必要項目のみ記載または別添)											
1	予後の見通し (改善 ・ 不変 ・ 悪化)										
2	(改善 ・ 不変 ・ 悪化)										
3	(改善 ・ 不変 ・ 悪化)										
4	(改善 ・ 不変 ・ 悪化)										
身体所見	身長 cm 体重 kg 測定日										
検査所見 (必要項目のみ記載または別添)	目標体重 kg (活動係数: ストレス係数:)										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">血圧</td> <td style="width: 50%;">脈拍</td> </tr> <tr> <td>Alb</td> <td>TP</td> </tr> <tr> <td>TC</td> <td>TG</td> </tr> <tr> <td>CRE</td> <td>UA</td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td>その他:</td> </tr> </table>	血圧	脈拍	Alb	TP	TC	TG	CRE	UA	Hb	その他:
	血圧	脈拍									
	Alb	TP									
	TC	TG									
CRE	UA										
Hb	その他:										
AST	ALT										
K	BUN										
Glu	HbA1c										
採血日 年 月	(記載または別添)										
現在の処方	(記載または別添)										
アレルギー: 無 有(アレルゲン:)	手帳の種類 等級										

<栄養管理指示>

栄養管理を要する項目	<input type="checkbox"/> 体重の変動 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 尿量・排便 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 消耗性疾患 <input type="checkbox"/> 消化器術後経過 <input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 経管栄養療法モニタリング <input type="checkbox"/> その他:																								
依頼内容 (必要項目のみ)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">エネルギー: kcal</td> <td style="width: 33%;">タンパク質:</td> <td style="width: 34%;"><input type="checkbox"/> 低栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 嚥下調整食</td> </tr> <tr> <td>脂質: g</td> <td>塩分:</td> <td><input type="checkbox"/> 腎臓病食</td> <td><input type="checkbox"/> 肝臓疾患</td> </tr> <tr> <td>水分: ml</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 消化器系術後</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病食</td> </tr> <tr> <td>その他:</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> がん</td> <td><input type="checkbox"/> 膵臓疾患</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍</td> <td><input type="checkbox"/> 貧血</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 痛風</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>	エネルギー: kcal	タンパク質:	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食	脂質: g	塩分:	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	水分: ml		<input type="checkbox"/> 消化器系術後	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	その他:		<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患			<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 貧血			<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> その他
エネルギー: kcal	タンパク質:	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食																						
脂質: g	塩分:	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患																						
水分: ml		<input type="checkbox"/> 消化器系術後	<input type="checkbox"/> 糖尿病食																						
その他:		<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患																						
		<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 貧血																						
		<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> その他																						
制限・禁止事項																									
特記事項																									

上記のとおり、訪問栄養食事指導を指示します

医療機関名称:

年 月 日

担当医師

所在地: