

診療情報提供書及び訪問栄養指導指示書(介護保険)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

【依頼先医療機関】

【紹介元医療機関】

施設名称 ベルピアノ病院(栄養管理室)

施設名称

住所 堺市西区菱木1-2343-11

住所

TEL 072-349-6700(代)

TEL

FAX 072-349-6709(代)

医師名(サイン)

●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		生年月日	年 月 日 (歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名				
住所				(TEL)
適応保険 : 介護保険 (居宅療養管理事業所名: _____)				

《病状・治療状況》

現在の状況	身体計測	身長	cm	体重	kg
	診断名	病名		発生日	病状
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
	投与薬剤				
	採血結果	Alb:	BUN:	Cre:	CRP:
年月日	Na:	K:	BS:	HbA1c:	
栄養問題	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> 褥瘡	
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

《栄養指導内容指示欄》

・栄養指導対象疾患(いずれかにチェックしてください)

- 糖尿病 (インスリン 経口薬 投薬なし) 脂質異常症 高血圧
 腎臓病 心疾患 嚥下障害
 低栄養 その他疾患 (_____)

・栄養量指示項目

◎栄養量(いずれかにチェックしてください)

- エネルギー: _____ kcal たんぱく質: _____ g 脂質: _____ g
 入院中の食事に準ずる
 疾患に基づき、栄養量は管理栄養士に算出させる

◎塩分・その他(該当すればチェックしてください)

- 塩分制限 : _____ g カリウム制限 その他 (_____)

・栄養指導内容(いずれかにチェックしてください)

- 調理のアドバイス 指導疾患に対する食事改善 栄養状態の改善
 生活習慣全般の見直し 栄養アセスメント(食事内容確認)
 その他 (_____)

注1) 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頂きますよう、よろしくお願ひ致します。