

# 訪問栄養指導 指示書

様式1

記入日 年 月 日

【依頼先医療機関】  
社会医療法人 豊生会  
東苗穂病院 訪問診療部  
住所 札幌市東区東苗穂3条1丁目2-90  
TEL 0111-787-0620

【紹介元医療機関】  
施設名称  
住所  
TEL  
医師名

印

□下記の患者について訪問栄養指導を指示します。

フリガナ 患者氏名		性別 様	生年月日	年 月 日 歳
住所				
保険適応	医療保険・介護保険(居宅療養管理事務所名: )			

## <治療状況>

診断名	診断名		病状		予後の見通し	
	1、					
	2、					
	3、					
	4、					
主な治療薬						
身体所見	身長	cm	体重	kg	(増加・安定・減少)	
検査所見 (必要事項のみ)	血圧	mmHg	TC	mg/dl	BUN	mg/dl
	TP	g/dl	LDL	mg/dl	Cr	mg/dl
	Alb	g/dl	HDL	mg/dl	血糖値	mg/dl
	Hb	%	TG	mg/dl	HbA <sub>1c</sub>	%
	採血日 年 月 日	Ht Fe	g/dl μg	尿糖 尿蛋白		その他

## <栄養管理指示>

栄養上の問題点	<input type="checkbox"/> 体重の変動	<input type="checkbox"/> 低栄養状態	<input type="checkbox"/> 摂食機能	<input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 尿量								
	<input type="checkbox"/> 排便状況	<input type="checkbox"/> 消化器症状	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 浮腫	<input type="checkbox"/> 服薬	<input type="checkbox"/> 身体機能								
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 脂質異常								
	<input type="checkbox"/> 消耗性疾患	<input type="checkbox"/> 消化器術後の経過		<input type="checkbox"/> 静脈・経腸栄養療法等の投与量モニタリング										
	<input type="checkbox"/> その他( )													
指導期間	<input type="checkbox"/> 今回のみ <input type="checkbox"/> 月1回介入継続 <input type="checkbox"/> 月2回介入継続													
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口栄養法 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法													
方針・目標														
留意事項														
指示栄養量	エネルギー	kcal	※制限、禁止事項											
	蛋白質	g												
	脂質	g												
	塩分	g												
	水分	ml												
	その他													

※この指示書は停止の指示があるまで継続します。指導内容に変更が生じた際は、再度指示書を作成して頂きますようよろしくお願い致します。