

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		性別	生年月日	年	月	日	歳
患者氏名	様						
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 _{1c}	%
	採血日	Ht	g/dl	尿糖	その他	
年 月 日	Fe	μg	尿蛋白			

<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。