

訪問栄養指導食事指導指示書（居宅療養管理指導 管理栄養士）

指示日 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							
電話番号							

<病状・治療状況>

主たる病名								
病状								
治療経過								
主な治療薬	<input type="checkbox"/> 別紙添付あり							
身体所見	身長	c m	体重	k g	(増加・安定・減少) 血圧			
検査所見	<input type="checkbox"/> 別紙添付あり							
採血日	TP :	Alb :	AST:	ALT:	γ GTP:			
年 月 日	TG:	L DL-C:	HDL-C:	BUN :	Cr:			
	eGFR:	Na:	K:	Cl:	CRP:			
	WBC:	RBC:	Hb:	Ht:	HbA1c:			

<栄養管理指示>

栄養指導 対象となる 特別食等	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病食 <input type="checkbox"/> 低栄養状態 <input type="checkbox"/> 膵臓病食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 嚥下困難のための流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための流動食 <input type="checkbox"/> 高度肥満の治療食				
指導内容	<input type="checkbox"/> 食形態の調整 <input type="checkbox"/> 疾患別食事療法管理 <input type="checkbox"/> 間食指導 <input type="checkbox"/> エネルギー摂取量の調整 <input type="checkbox"/> たんぱく質摂取量の調整 <input type="checkbox"/> 水分管理 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 経管栄養投与量の管理 <input type="checkbox"/>				
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				
方針・目標					
留意事項					
指示栄養量	エネルギー	たんぱく質	脂質	水分	塩分
	kcal	g	g	m l	g
	その他				
	制限、禁止事項				
<input type="checkbox"/> 疾患に基づき栄養量は管理栄養士が算出					

※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。