

訪問栄養食事指導 診療情報提供書 (訪問栄養指導指示書)

フリガナ 患者氏名				性別	男・女
生年月日	年	月	日	電話番号	()
住所	〒				

＜治療状況＞

現 在 の 状 況	診断名	診断名	発症日	病状				
			H . .	(安定・不安定・不明)				
			H . .	(安定・不安定・不明)				
			H . .	(安定・不安定・不明)				
			H . .	(安定・不安定・不明)				
	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 (必要項目のみ)	血圧	mmHg	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl	※裏面に検査データ貼り付け可
		Alb	g/dl	HDL-Cho	mg/dl	Cr	mg/dl	
	採血日 年 月	WBC	/μl	TG	mg/dl	K	mEq/dl	
		リンパ球	%	Ht	%	血糖値	mg/dl	
		Na	mEq/dl	Hb	g/dl	HbA1c	%	
		CRP	mg/dl					

＜栄養指示管理＞

管理・観察を要する項目	<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 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <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"/> 脂質異常症 <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モニタリング <input type="checkbox"/> その他[]					
指示栄養量	エネルギー	kcal	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 膵臓病食	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	
	たんぱく質	g	<input type="checkbox"/> 肝臓病食	<input type="checkbox"/> 肥満症食	<input type="checkbox"/> 心臓高血圧食	
	脂質	g	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> 貧血食	<input type="checkbox"/> 低栄養	
	塩分	g	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食	<input type="checkbox"/> 透析食	<input type="checkbox"/> 濃厚流動食	
栄養指導指示内容:						
特記すべき留意事項:						

上記の通り、指定訪問栄養指導の実施を指示いたします。 平成 年 月 日から有効

医療法人 三宝会 南港病院栄養科宛 医療機関名

住所

TEL

医師名

印