

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	昭和 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	
			. .	(安定・不安定・不明)	
			. .	(安定・不安定・不明)	
			. .	(安定・不安定・不明)	
			. .	(安定・不安定・不明)	
			. .	(安定・不安定・不明)	
			. .	(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
Alb		g/dl	HDL-Cho	mg/dl	
採血日 H 年 月	WBC	/μl	TG	mg/dl	
	リンパ球	%	Ht	%	
	Na	mEq/dl	Hb	g/dl	
	CRP	mg/dl			
			BUN	mg/dl	
			Cr	mg/dl	
			K	mEq/dl	
			血糖値	mg/dl	
			HbA1c	%	

＜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"/> 臓臓病食	<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 <input type="checkbox"/> 透析食
	塩分	g	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食	<input type="checkbox"/> 濃厚流動食	<input type="checkbox"/> 嚥下調整食 <input type="checkbox"/> がん
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。 令和 年 月 日から有効

社会医療法人 三宝会 南港病院栄養科宛 医療機関名

住所

TEL

医師名

印