**訪問栄養食事指導　指示書**

|  |  |
| --- | --- |
| 適応保険 | 医療 ・ 介護 |

医療法人社団悠翔会　管理栄養士　宛

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | ふりがな | | | | | 男  女 | 生年月日 | | 大・昭・平・令 | | | | |
| 様 | | | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 |  | | | | | | 主な  治療薬 | | （別紙添付可） | | | | |
| 褥瘡の有無 | 無・有（部位・深さ：　　　　　　　　　） | | | | | | 身長 | | cm | | | | |
| 体重 | | kg | | | | |
| 栄養指導対象  の疾患 | □腎臓病食  □貧血食 | | □肝臓病食  □膵臓病食 | | | | | □糖尿病食  □脂質異常症食 | | | | □胃潰瘍食  □痛風食 | |
| □嚥下困難者のための流動食 | | | | | | | □低栄養状態 | | | | | |
| □経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く） | | | | | | | | | | | | |
| 指示栄養量 | エネルギー | | | | kcal | | | たんぱく質 | | | g | | |
| 脂質 | | | | g | | | 脂質構成（P/S比） | | |  | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| □指定なし | | | | | | | | | | | | |
| 検査所見  採血日  　年　 月　 日  （別紙添付可） | TP | g/dl | | T-cho | | | | mg/dl | | CRE | | | mg/dl |
| Alb | g/dl | | HDL-cho | | | | mg/dl | | BUN | | | mg/dl |
| AST | U/l | | LDL-cho | | | | mg/dl | | HbA1c (NGSP) | | | % |
| ALT | U/l | | TG | | | | mg/dl | | Hb | | | g/dl |
| γ-GPT | U/l | | その他 | | | |  | |  | | |  |
| 指示内容の  詳細 |  | | | | | | | | | | | | |
| 留意事項 |  | | | | | | | | | | | | |

上記の通り、訪問栄養食事指導を指示します。

指示日　　　　　年　　　月　　　日 医療機関名

所在地

担当医師　　　　　　　　　　　　　　印 ＴＥＬ

ＦＡＸ