**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