訪問栄養食事指導　指示書

医療法人社団悠翔会　管理栄養士　宛

適応保険	医療　・　介護

患者氏名	ふりがな 様	男 女	生年月日	大・昭・平・令 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　☐肝臓病食　☐糖尿病食　☐胃潰瘍食 ☐貧血食　☐膵臓病食　☐脂質異常症食　☐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