

在宅訪問栄養食事指導指示書（介護保険）

記入日 令和 年 月 日

【依頼先医療機関】

医療機関名	医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック
所在地	四街道市めいわ3-16-8-1F
TEL	043-309-8261（代）

【紹介元医療機関】

医療機関名	
所在地	
TEL	
主治医名	

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導を指示します。

【患者情報】

*は診療情報提供書に記載がある場合は省略可

フリガナ		性別	生年月日	年	月	日	() 歳
利用者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL				
住所*	〒						
主疾患名*							
投与薬剤*							
検査値*	TP:	Alb:	AST:	ALT:	BUN:		
	Cre:	Na:	K:	LDL-C:	HDL-C:		
	TG:	BS:	HbA1c:	Hb:			
身体所見*	身長	cm	体重	kg（増加・不変・減少・不明）			

【栄養指導内容】 ※は該当するものに✓をご記入ください

栄養指導 対象疾患等	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> 肝臓病食	
	<input type="checkbox"/> 高度肥満	<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 痛風食			
	<input type="checkbox"/> 低栄養状態（体重の減少、食欲低下など）			<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下		
	<input type="checkbox"/> その他疾患（ ）					
栄養量の指示 (該当する項目に✓又は 数字をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 下記内容を指示する。		<input type="checkbox"/> 疾患に基づき、管理栄養士に算出させる			
	① エネルギー	kcal	参考	寝たきり	標準体重あたり 20Kcal	
				座位可能・軽度低栄養	標準体重あたり 25Kcal	
	② たんぱく質	g	参考	中等度低栄養	標準体重あたり 30Kcal	
				正常	標準体重あたり 1.0g	
	③塩分	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> g/日未満	【備考】	代謝亢進軽度	標準体重あたり 1.2g	
腎機能障害				標準体重あたり 0.8g		
④水分	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> mL/日未満					
⑤その他指示						
依頼事項	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント（食事内容確認）				<input type="checkbox"/> 食事指導（治療食）	<input type="checkbox"/> 生活習慣の見直し
	<input type="checkbox"/> 調理指導				<input type="checkbox"/> その他（ ）	
特記事項						

*この指示書は栄養ケア計画に合わせ3か月～6か月を有効期間とさせて頂き、変更の有無を確認させて頂きます。