

診療情報提供書(兼)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	年 月 日(歳)	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	
			H . .	(安定・不安定・不明)	
			H . .	(安定・不安定・不明)	
			H . .	(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	BUN mg/dl	※裏面に 検査データ 貼り付け可
		Alb g/dl	HDL-Cho mg/dl	Cr mg/dl	
	採血日 年 月	WBC / μ l	TG mg/dl	K mEq/dl	
		リンパ球 %	Ht %	血糖値 mg/dl	
Na mEq/dl		Hb g/dl	HbA1c %		
	CRP mg/dl				

<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"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 浮腫	<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"/> その他 []				
方針・目標					
食種					
指示栄養量	<input type="checkbox"/> 疾患に基づく適正な栄養量を管理栄養士に算出させる				
	エネルギー Kcal		たんぱく質 g		
	脂質 g		塩分 g		
制限、禁止 留意事項					

上記の通り、訪問栄養食事指導の実施を指示いたします。令和 年 月 日から有効

* 2回目以降の変更(有・無) 変更がある場合は変更箇所をご記入ください。

医療機関名

住所

TEL

医師名

印