

診療情報提供書及び訪問栄養指導指示書(介護保険)

記入日 年 月 日

[依頼先医療機関]

[紹介元医療機関]

医療機関名 希望館病院

医療機関名

住所 高崎市江木町1120

住所

TEL 027(322)4067

TEL

医師名(サイン)

印

☐ 下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養を指示します。

(フリガナ)		性別	男	女
患者氏名		生年月日	年	月 日
	様	電話番号		
住所				

治療状況

現在の状況	診断名	病名	発症日	病状				
				☐ 安定	☐ 不安定	☐ 不明		
				☐ 安定	☐ 不安定	☐ 不明		
				☐ 安定	☐ 不安定	☐ 不明		
				☐ 安定	☐ 不安定	☐ 不明		
				☐ 安定	☐ 不安定	☐ 不明		
	主な治療薬							
	身体所見	身長	cm	体重	kg	☐ 安定	☐ 増加	☐ 減少
	検査所見 必要項目のみ可 裏面に貼り付け可	採血日	年 月 日					
		TP	g/dl	TC	mg/dl	BUN	mg/dl	
		Alb	g/dl	LDL-C	mg/dl	Cr	mg/dl	
		Hb	g/dl	HDL-C	mg/dl	eGFR		
		Ht	%	TG	mg/dl	Na	mEq/l	
		リンパ球	%	Glu	mg/dl	K	mEq/l	
		好中球	%	HbA1c	%	Cl	mEq/l	

栄養指導内容指示欄

管理・観察を要する項目	☐ 体重	☐ 嚥下	☐ 浮腫	☐ 服薬	☐ 腎疾患	☐ 脂質異常	☐ 身体機能
	☐ 低栄養	☐ 尿量	☐ 脱水	☐ 血圧	☐ 肝疾患	☐ 消化器疾患	☐ 術後の経過
	☐ 摂食	☐ 排便	☐ 褥瘡	☐ 糖尿病	☐ 心疾患	☐ 消耗性疾患	
	☐ その他()						
食種	☐ 糖尿病	☐ 脂質制限症	☐ 高血圧症	☐ 肥満症			
	☐ 腎臓病()	☐ 嚥下障害	☐ 低栄養				
	☐ 心疾患	☐ その他疾患()					
指示栄養量	【栄養量】						
	☐ エネルギー	kcal/日、	タンパク質	g/日、	脂質	g/日	
	☐ 疾患に基づき、栄養量は管理栄養士に算出させる						
	【塩分・その他】						
	☐ 塩分制限(あり	g/日未満	・ なし)	☐ カリウム制限	☐ その他()		

栄養指導内容

--

注1)この指示書は停止の指示があるまで継続します。指示内容に変更が生じた場合は、再度指示書を作成して頂きますよう、宜しくお願い致します。