

診療情報提供書・訪問栄養指導依頼書

日付： 年 月 日

【依頼先医療機関】

モミの木クリニック
 管理栄養士 遠藤 あずさ
 住所：福島県郡山市鳴神1丁目1-1
 電話：024-926-0131
 FAX：024-926-0132

【紹介元医療機関】

施設名： _____
 所在地： _____
 医師氏名： _____
 電話番号： _____
 FAX番号： _____

下記の患者様について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導の実施を指示します。

～患者情報～

| | | | |
|------------|-----|--------|---|
| フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 氏名 | 様 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 自宅： | 緊急連絡先： | |
| 居宅介護支援事業所名 | | 担当者名 | |
| 要介護度 | | 負担割合 | 割 |

～栄養指導依頼箋～

| | |
|------|---|
| 病名 | |
| 既往歴 | |
| 身体状況 | 身長： cm 体重： kg（増加・減少・不変） |
| 依頼内容 | <input type="checkbox"/> 低栄養改善（ALB： g/dl） <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（学会分類コード：Oj・O・1j・2-1・2-2・3・4） <input type="checkbox"/> 糖尿病食（HbA1c： %） <input type="checkbox"/> 高度肥満食；BMI30以上（BMI： ） <input type="checkbox"/> 脂質異常症食（LDL-C： mg/dl、HDL-C： mg/dl、TG： mg/dl） <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 痛風食（UA： mg/dl） <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 脾臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食（十二指腸潰瘍、消化管手術後） <input type="checkbox"/> 低残渣食（クローン病、潰瘍性大腸炎など） <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食（介護保険のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 指示 | エネルギー： kcal |
| | <input type="checkbox"/> たんぱく質制限（ g/日） <input type="checkbox"/> 水分制限（ ml/日） <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 備考 | |

*臨床検査結果・処方情報がある場合はご送付をお願い致します。