

# 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 増子 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： \_\_\_\_\_  
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）<br><input type="checkbox"/> 嚥下調整食（学会分類コード：Oj・O・1j・2-1・2-2・3・4）<br><input type="checkbox"/> 糖尿病食（HbA1c： %） <input type="checkbox"/> 高度肥満食；BMI30以上（BMI： ）<br><input type="checkbox"/> 脂質異常症食（LDL-C： mg/dl、HDL-C： mg/dl、TG： mg/dl）<br><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<br><input type="checkbox"/> 膵臓病食 <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）<br><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<br><input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食（介護保険のみ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 指示   | エネルギー： kcal<br><input type="checkbox"/> たんぱく質制限（ g/日） <input type="checkbox"/> 水分制限（ ml/日）<br><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。