

在宅訪問栄養食事指導 指示書

社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院 栄養科 行き

FAX : 052 - 325 - 7010

指示日 年 月 日

フリガナ				明・大・昭・平
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所				

主たる疾病名								
病状・治療状態								
主な治療薬	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付							
	1.	2.	3.					
	4.	5.	6.					
身体所見	身長	cm	体重	kg (増加・不変・減少・不明)				
検査所見 (必要な項目のみ) 採血日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付							
	TP	g/dl	Fe	μ g/dl	BUN	mg/dl	CRP	mg/dl
	Alb	g/dl	HDL-C	mg/dl	Cr	mg/dl	BS	mg/dl
	Hb	g/dl	LDL-C	mg/dl	K	mEq/l	HbA1c	%
	Ht	%	TG	mg/dl	血圧	mm/Hg		

栄養管理指示

指導内容	<input type="checkbox"/> 低栄養状態	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 腎疾患
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 高度肥満
	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 消化器術後	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 膝疾患
	<input type="checkbox"/> 経管栄養のための流動食		<input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食	
	<input type="checkbox"/> クローン病・潰瘍性大腸炎による低残渣食		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 ※指示内容：その他に食形態・トロミ濃度等の記載をお願いします			
方針・目標				
留意事項				
指示内容	エネルギー	<input type="checkbox"/>	kcal/日	<input type="checkbox"/> 状況に応じたエネルギー
	たんぱく質	<input type="checkbox"/> 制限あり ()	g/日	<input type="checkbox"/> 状況に応じたたんぱく質
	塩分	<input type="checkbox"/> 制限あり (6g/日未満)		<input type="checkbox"/> 状況に応じた塩分
	水分	<input type="checkbox"/> 制限あり ()	ml/日	<input type="checkbox"/> 状況に応じた水分
	その他			
制限や禁止事項				

上記の通り、栄養食事指導を指示します。

医療機関名

担当医師