

診療情報提供書および訪問栄養指導指示書

別紙2

【依頼先医療機関】

施設名称 近石病院(歯科・口腔外科)	施設名称
住所 岐阜市光町2丁目46番地	住所
TEL 058-232-2111	TEL
FAX 058-294-7380	FAX

医師名(サイン) 印

記入日 年 月 日

□下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導を指示します。

《患者情報》

フリガナ			
氏名	生年月日	M・T・S	年 月 日(歳)性別 男・女
住所	(TEL)		
適応保険: 医療保険・介護保険(居宅療養管理事業所名:)		担当:	TEL: ()

《病状・治療状況》

現在の状況	身体計測	身長	cm	体重	kg	(増加・安定・減少)
	診断名	病名	発生日	病状		
			S・H . . .	安定 ・ 不安定 ・ 不明		
			S・H . . .	安定 ・ 不安定 ・ 不明		
			S・H . . .	安定 ・ 不安定 ・ 不明		
	投薬薬剤					
	検査初見	Alb: BUN: Cre: CRP: Hb: Na: K: BS:				
採血日:						
栄養問題	食不振 脱水 褥瘡 嚥下障害 肥満 便秘 下痢	その他()				

《栄養指導内容指示》

栄養指導対象疾患			
<input type="checkbox"/> 糖尿病(インスリン・経口薬・投薬なし)	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症
<input type="checkbox"/> 腎臓病()	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 低栄養	
<input type="checkbox"/> その他の疾患()			
栄養指示項目			
◎栄養量			
<input type="checkbox"/> エネルギー	kcal、蛋白質	g、脂質	g
<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 塩分制限(あり g・ なし)			
<input type="checkbox"/> カリウム制限			
<input type="checkbox"/> その他()			
栄養指導内容			
<input type="checkbox"/> 調理のアドバイス	<input type="checkbox"/> 指導疾患に対する食事改善	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント(食事内容確認)	
<input type="checkbox"/> 生活習慣全般の見直し	<input type="checkbox"/> 栄養状態の改善		
<input type="checkbox"/> その他			

注)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には、再度指示書を作成していただきますよう、よろしくお願いいたします。

報告書の連絡方法 <input type="checkbox"/> FAX (介入より3日以内に送信します)	<input type="checkbox"/> 郵送 (1カ月分を翌月にまとめて送付します)
--	---