

# 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)  
 住所 岐阜市光町2丁目46番地  
 TEL 058-232-2111  
 FAX 058-294-7380

施設名称  
 住所  
 TEL  
 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		生年月日	M・T・S 年 月 日( 歳)性別 男・女
氏名			
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:
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

糖尿病(インスリン・経口薬・投薬なし)      脂質異常症      高血圧      高尿酸血症

腎臓病( )      嚥下障害      低栄養

その他の疾患( )

栄養指示項目

◎栄養量

エネルギー kcal、蛋白質 g、脂質 g

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・なし)

カリウム制限

その他( )

栄養指導内容

調理のアドバイス      指導疾患に対する食事改善      栄養アセスメント(食事内容確認)

生活習慣全般の見直し      栄養状態の改善

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      FAX (介入より3日以内に送信します)      郵送 (1カ月分を翌月にまとめて送付します)