

# 訪問栄養食事指導指示書 兼 情報提供書

【保険適応】

- 医療保険
- 介護保険

要支援 1・2

要介護 1・2・3・4・5

【依頼先医療機関】

社会医療法人 河北医療財団  
あいクリニック

【依頼元医療機関】

施設名  
住所  
電話  
FAX  
医師氏名

住所 206-0012  
東京都多摩市貝取1431-3  
TEL 042-375-9581  
FAX 042-375-9584

【居宅介護支援事業所】

事業所名:  
電話:  
担当者名:

印

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養食事指導の実施を指示します。

実施期間: 年 月 日 ~ 年 月

診療報酬、介護報酬の算定は あいクリニック で行ってください

フリガナ						M・T・S・H・R
患者氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
住所	〒					
電話番号	自宅 ( )		緊急連絡先( )		( )	
通院困難な理由: 歩行困難・認知機能低下・その他( )						
主たる疾病名						
病状治療経過						
投与中の薬剤	1 3 5 7	2 4 6	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付			
禁忌・留意事項						
身長	cm	体重	Kg	<input type="checkbox"/> 1か月前 <input type="checkbox"/> 3か月前	Kg	不明 褥瘡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位: )
検査値	採血日: 年 月 日					
	TP:	ALB:	AST:	ALT:	γ-GTP:	
	TG:	LDL-C:	HDL-C:	BUN:	Cre:	
	eGFR:	Na:	K:	Cl:	CRP:	
	WBC:	RBC:	Hb:			
	血糖値(空腹・随時):		HbA1c:			
栄養指導対象疾患等	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付					
	<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食					
	<input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための流動食 <input type="checkbox"/> 低残渣食					
	<input type="checkbox"/> 高度肥満症(肥満度40%以上またはBMI30以上)に対する治療食					
	<input type="checkbox"/> 潰瘍食(胃・十二指腸潰瘍・消化器術後)					
	<input type="checkbox"/> 摂食困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難(学会分類2021* コード: ) 水分とろみ: )					
	<input type="checkbox"/> 食欲不振・低栄養状態改善の食事					
指示内容	熱量		たんぱく質量		食塩量	
	<input type="checkbox"/> 35Kcal/Kg/日 <input type="checkbox"/> 30Kcal/Kg/日 <input type="checkbox"/> 25Kcal/Kg/日 <input type="checkbox"/> 20Kcal/Kg/日		<input type="checkbox"/> 1.0g/Kg/日 <input type="checkbox"/> 1.2g/Kg/日 <input type="checkbox"/> 0.8g/Kg/日 <input type="checkbox"/> その他 g/Kg/日		<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 6g/日未満 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 疾患に基づいた適正な栄養量を管理栄養士に算出させる					
その他特記事項						

\*日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021