

訪問栄養食事指導指示書 兼 情報提供書【記入例】

【依頼先医療機関】

社会医療法人 河北医療財団
あいクリニック〇〇

【依頼元医療機関】

施設名
住所
電話
FAX
医師氏名

住所 〇〇〇-〇〇〇〇
東京都〇〇〇〇〇
TEL 〇〇〇-〇〇〇-
〇〇〇〇

【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

【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 あいクリニック〇〇 で行ってください

フリガナ	あい くりこ					性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	M・T・ S ・H・R	
患者氏名	愛 栗子						<input checked="" type="checkbox"/> 女	12年 1月 1日 (84 歳)		
住所	〒206-0012 多摩市貝取1431-3									
電話番号	自宅 042 (375) 9581 緊急連絡先 (息子) 090 (1234) 5678									
通院困難な理由	: (<input checked="" type="checkbox"/> 歩行困難) ・ 認知機能低下 ・ その他 ()									
主たる疾病名	【対象疾患等】 治療食: 糖尿病、腎臓病、腸閉塞、イレウス、胆嚢炎、神経難病等々の病態/低栄養: 褥瘡、摂食嚥下機能低下、食欲低下、体重減少、サルコペニア、活動量の低下等/経腸栄養の選択									
病状治療経過										
投与中の薬剤	1	2	3	4	5	6	7 <input checked="" type="checkbox"/> 別紙にて添付			
禁忌・留意事項										
身長	150.0 cm	体重	43.0 Kg	<input type="checkbox"/> 1か月前		不明	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 摂食困難 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下困難 (学会分類2021* コード: 3 水分とろみ: 中間)									
指示内容	熱量		たんぱく質量			食塩量		その他		
	<input type="checkbox"/> 35Kcal/Kg/日		<input checked="" type="checkbox"/> 1.0g/Kg/日			<input type="checkbox"/> 制限なし				
	<input checked="" type="checkbox"/> 30Kcal/Kg/日		<input type="checkbox"/> 1.2g/Kg/日			<input checked="" type="checkbox"/> 6g/日未満				
<input type="checkbox"/> 25Kcal/Kg/日		<input type="checkbox"/> 0.8g/Kg/日			<input type="checkbox"/> その他 ()					
<input type="checkbox"/> 20Kcal/Kg/日		<input type="checkbox"/> その他 g/Kg/日								
<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