訪問栄養食事指導指示書　兼　情報提供書

【依頼先医療機関】
社会医療法人　河北医療財団
あいクリニック平尾
住所　206-0823
東京都稲城市平尾3-7-4
コーシャハイム平尾1階
TEL　042－350－5062
FAX　042－350－5063

【依頼元医療機関】
施設名
住所
電話
FAX
医師氏名

印

【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:

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　あいクリニック平尾　で行ってください

フリガナ		性別	□ 男 □ 女	生年月日	M・T・S・H・R 年　月　日（　歳）
患者氏名					
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　2 3　4 5　6 7　□ 別紙にて添付				
禁忌・ 留意事項					

身長	cm	体重	Kg	□1か月前 □3か月前　Kg	不明	褥瘡	□あり　□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:		

□ 別紙にて添付

栄養指導対象疾患等

□ 糖尿食　□ 腎臓食　□ 肝臓食　□ 膵臓食　□ 痛風食　□ 貧血食　□ 脂質異常症食
□ 心疾患に対する減塩食　□ 経管栄養のための流動食　□ 低残渣食
□ 高度肥満症(肥満度40%以上またはBMI30以上)に対する治療食
□ 潰瘍食（胃・十二指腸潰瘍・消化器術後）
□ 摂食困難　□ 嚥下困難（学会分類2021＊ コード:　水分とろみ:　）
□ 食欲不振･低栄養状態改善の食事
□ その他

指示内容

熱量	たんぱく質量	食塩量	その他
□ 35Kcal/Kg/日	□ 1.0g/Kg/日	□ 制限なし	
□ 30Kcal/Kg/日	□ 1.2g/Kg/日	□ 6g/日未満	
□ 25Kcal/Kg/日	□ 0.8g/Kg/日	□ その他（　）	
□ 20Kcal/Kg/日	□ その他　g/Kg/日		

□ 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