

診療情報提供書 兼 居宅療養管理指導(訪問栄養指導)指示書

京都民医連太子道診療所 管理栄養士 宛

TEL:(075)822-2660(代) FAX:(075)822-2885

<患者情報>

※以下で該当する箇所を○で囲む、または□に✓を記入して下さい

| | | | | | |
|------|---|----|-----|------|-------------|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 |
| 患者氏名 | 様 | | | | 年 月 日生 (歳) |
| 住所 | 〒 | | | | TEL: () |

<現在の状況>

| | | | | | |
|--------|--------------------------------------|-------|---------|-------|-------------|
| 主たる傷病名 | | | | | |
| 治療薬 | <input type="checkbox"/> 別紙にて添付 | | | | |
| 身体所見 | 身長 | cm | 体重 | kg | 血圧 / mmHg |
| 検査値 | <input type="checkbox"/> 検査所見は別紙にて添付 | | | | 採血日 年 月 |
| | 総蛋白 | g/dl | T-cho | mg/dl | BUN mg/dl |
| | アルブミン | g/dl | HDL-cho | mg/dl | クレアチニン g/dl |
| | Hb | g/dl | LDL-cho | mg/dl | カリウム mEq/L |
| | CRP | mg/dl | 血糖値 | mg/dl | HbA1c % |
| | AST | U/L | ALT | U/L | γ-GTP U/L |
| | その他 | | | | |

<栄養指導内容指示欄>

| | | | | |
|---|--|-----|------|-----|
| ご希望の指導内容 | <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 心疾患・高血圧に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 低栄養状態改善の食事 <input type="checkbox"/> 嚥下困難に対する食事 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症（肥満度40%以上又はBMI 30以上）に対する治療食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 膵臓病食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための流動食・投与量モニタリング <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 特記事項 (方針・目標等) | | | |
| 指示栄養量 | エネルギー | | Kcal | その他 |
| | 蛋白質 | | g | |
| | 脂質 | | g | |
| | 塩分制限 | 無・有 | g未満 | |
| <input type="checkbox"/> 疾患に基づき、栄養量は管理栄養士に算出させる | | | | |

上記の通り、居宅療養管理指導(訪問栄養指導)を指示します 令和 年 月 日から有効

※この指示書は停止の指示があるまで継続します。

この指示内容に変更が生じた場合は、再度指示書の作成をお願い致します。

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名：

印