

在宅訪問栄養食事指導指示書

指示日 年 月 日

医療法人弘仁会 板倉病院 栄養科 御中

電話：047-431-2852（地域連携室）

FAX：047-401-0727（地域連携室）

ふりがな 患者氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日（ 歳）	
住所				電話番号
身長	cm	体重	kg	BMI kg/m ²

<疾患名>

<対象となる特別食等>

- ☐腎臓病食 ☐肝臓食 ☐糖尿病食 ☐胃潰瘍食
☐貧血食 ☐脾臓病食 ☐脂質異常症食 ☐痛風食
☐高血圧・心臓食 ☐経管栄養のための濃厚流動食 ☐摂食嚥下困難
☐低栄養状態 ☐その他（ ）

<指導内容>

- ☐食形態の調整
☐栄養量の調整(エネルギー： kcal/日 たんぱく質： g/日 塩分： g/日)

<上記詳細・その他の内容・目標>

<検査値・服薬内容>

- ☐別紙添付あり

<留意事項>

医療機関・施設名： _____
 医師名： _____
 電話番号： _____
 FAX： _____

患者情報提供書

患者氏名 _____

☐ 介護保険（居宅療養管理指導） ☐ 医療保険（在宅患者訪問栄養食事指導）

介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5			
利用サービスの状況	☐ 訪問診療 _____曜日 ☐ その他 ()			
日常生活自立度	寝たきり度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		
	認知度	☐ 無 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
担当ケアマネジャー情報				
氏名				
所属				
連絡先	TEL		FAX	
介護者またはご家族情報				
氏名	続柄 ()			
連絡先	TEL		FAX	