

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 : 047-432-8576 (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：

醫師名：

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	