居宅療養管理指導（訪問栄養指導）指示書

指示日　　年　　月　　日

医療法人弘仁会 板倉病院　　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　　様		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/㎡	

＜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　☐膵臓病食　☐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：