

訪問栄養食事指導に関する医師の指示書

医療法人社団ユニメディコ
リスホームケアクリニック
認定栄養ケア・ステーション新百合ヶ丘
責任者: 管理栄養士 渦元唯
神奈川県川崎市麻生区千代ヶ丘5-7-1ヴェルシャンブル204
TEL: 044-567-8502
FAX: 044-701-1592

様 に対する医師の指示事項

診療情報提供書を参照(以下記載不要)

医師からの指示(疾患名)

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 |
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 低栄養 | <input type="checkbox"/> 悪性新生物に対する食事指導 |
| <input type="checkbox"/> 高度肥満症 | <input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

投与中の薬剤

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 別紙にて添付 | ③ |
| ① | ④ |
| ② | ⑤ |

栄養量指示項目

- 身長・体重を算出しガイドラインに基づいて算出
※以下、可能な範囲でご記入下さい
- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> エネルギー(kcal | <input type="checkbox"/> 塩分(g) |
| <input type="checkbox"/> 蛋白質(g) | <input type="checkbox"/> その他() |

身体情報

- 管理栄養士 測定依頼
身長(cm) 体重(kg)

<禁忌・留意事項>

年 月 日

上記のとおり、栄養管理を依頼します。

医療機関名
住所
電話
医師

印