

# 訪問栄養食事指導に関する医師の指示書

医療法人社団マイスター  
アペックスメディカルデンタルクリニック  
認定栄養ケア・ステーション世田谷  
責任者:管理栄養士 渡部弥生  
東京都世田谷区玉川 3-6-1 第6明友ビル 6F  
TEL: 03-5797-5685  
FAX: 03-5797-2731

## 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

別紙にて添付

### 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>

※採血結果の添付をお願い致します

年 月 日

上記の通り、栄養管理を依頼します。

医療機関名

住所

電話

医師

