

# 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-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 山口 美紅

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

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

