

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
サンライズファミリークリニック
居宅療養管理指導 管理栄養士宛
横須賀市武1-20-17ライフコート横須賀武山クリニックビル3F
TEL:046-876-8811
FAX:046-876-8870

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・食欲不振 | <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