

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 横須賀事務局
神奈川県横須賀市長坂3-3-5 3階
TEL:046-876-8811
FAX:046-876-8870
居宅療養管理指導 在宅訪問管理栄養士 宛

訪問栄養食事指導に関する医師の指示書

様に対する医師の指示事項

生年月日 年 月 日(歳) (TEL) - -

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 |
| <input type="checkbox"/> 生活習慣全般の見直し | <input type="checkbox"/> 痛風 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 栄養剤利用 |
| <input type="checkbox"/> 低栄養 | <input type="checkbox"/> がんに対する食事指導 |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> ヘルパー協同にて指導 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

処方薬による食品との制限関連

- ワーファリン カルシウム拮抗剤 (薬品名:)
 その他()

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ください
- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| <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)

装着・医療機器

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 | <input type="checkbox"/> HOT | <input type="checkbox"/> 人工肛門 | <input type="checkbox"/> 人工膀胱 |
| <input type="checkbox"/> TPN | <input type="checkbox"/> PPN | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |

<特記事項>

平成 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