

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
山手台クリニック
認定栄養ケア・ステーション横浜南部
責任者:管理栄養士 佐々木 由紀子
横浜市泉区領家 3-2-4 山手台 IK プラザ 2F
TEL: 050-5371-9782
FAX: 045-567-3061

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

上記の通り、栄養管理を依頼します。

開始日：年 月 日 期間： 6 か月 その他 ()

医療機関名

住所

電話

医師