

診療情報提供書 兼 訪問栄養指導指示書

保険適応

医療・介護

【依頼先医療機関】 FAX送信先

施設名 公立浜坂病院 (栄養科)
 住 所 美方郡新温泉町二日市184 - 1
 電 話 0796-82-1611
 F A X 0796-82-3203

【紹介元医療機関】

施設名
 住 所
 電 話
 F A X
 医師名

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導を指示します。

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 女	生年月日	M T S H 年
氏 名					月 日 歳
住 所	〒 兵庫県美方郡新温泉町			自宅電話番号	()
				緊急連絡先	()

疾患名	
病状 治療状態	
投与中の薬剤	1、 2、 3、 4、 5、 <input type="checkbox"/> 別紙にて添付
禁忌 留意事項	

身長	cm	体 重	kg (増加 不変 減少 不明)
検査値 採血日 (月 日)	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付 Alb: AST: ALT: BUN: Cre: TG: LDL-C: HDL-C: N: K: Hb: HbA1c: BS: HT: CRP:		
栄養指導 指示内容	<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 高度肥満食 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食 <input type="checkbox"/> 低残渣食 <input type="checkbox"/> 高血圧に関する減塩食 (塩分6g未満) <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食 (潜血食) <input type="checkbox"/> 低栄養状態 (体重減少、褥瘡、脱水等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための流動食 <input type="checkbox"/> その他		
指示栄養量 必要な所のみ記入	① エネルギー Kcal	② 蛋白質 g	
	③ 脂 質 g	④ 糖 質 g	
	⑤ 塩 分 g未満	⑥ その他	
その他 特記事項			

* この指示書は停止の指示があるまで継続します。指示内容に変更が生じた場合は、再度指示書を作成して頂きます様よろしくお願い致します。