

# 訪問栄養食事指導指示書 兼 診療情報提供書

保険適応	医療・介護
------	-------

令和 年 月 日

【紹介先医療機関】  
 山形ロイヤル病院  
 東根市大森2丁目3-6  
 TEL : 0237-43-8080  
 FAX : 0237-43-8227

【紹介元医療機関】  
 医療機関名 :  
 医師名 :  
 TEL :  
 FAX :

## 【紹介患者情報】

ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名				
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 平成	年	月
	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 令和	日	( 歳 )
住所				
電話番号	※連絡のつく電話番号をご記入ください			

## 【栄養指導指示内容】

傷病名 (指導病名)	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍
	<input type="checkbox"/> 肥満症(BMI30以上)	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 肝疾患
	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患	<input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> 痛風
	<input type="checkbox"/> 低栄養(食思不振等)	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> その他( )	
治療経過				
主な治療薬				
身体所見	身長	cm	体重	kg
検査所見	※直近の検査データの添付をお願いいたします。			
指示栄養量	<input type="checkbox"/> エネルギー ( ) kcal	または	<input type="checkbox"/>	病態に基づき適正栄養量を 管理栄養士に算出させる
	<input type="checkbox"/> たんぱく質 ( ) g			
	<input type="checkbox"/> 塩分 ( ) g			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
栄養上の 問題点	<input type="checkbox"/> 体重の変動	<input type="checkbox"/> 低栄養状態	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能	<input type="checkbox"/> 脱水
	<input type="checkbox"/> 排便	<input type="checkbox"/> 消化器疾患	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 浮腫
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
その他 特記事項				

※指導日につきましては、担当ケアマネージャーまたは当院管理栄養士より直接、紹介患者様へ日程のご連絡をいたします。

【問い合わせ先：山形ロイヤル病院 栄養科 (TEL 0237-43-8080 / FAX 0237-43-8227)】