

訪問栄養食事指導 指示書兼情報提供書 申込み日： 年 月 日

フリガナ		性別
利用者氏名		男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 生まれ 満()歳	
住所	〒	
電話	自宅	
	緊急連絡先	

〈治療状況〉

病名						
治療薬						
身体所見	身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg
検査所見	総蛋白	g/dl	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl
	アルブミン	g/dl	HDL-cho	mg/dl	クレアチニン	mg/dl
	Hb	g/dl	LDL-cho	mg/dl	カリウム	mg/dl
	尿糖 (-, ±, +, 2+, 3+)		尿蛋白 (-, ±, +, 2+, 3+)		HbA1c	%

〈栄養管理指示事項〉

ご希望の指導内容にチェックを入れて下さい	<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 脾臓食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食 <input type="checkbox"/> 消化器術後に対する潰瘍食 <input type="checkbox"/> コロナ病・潰瘍大腸炎による腸管機能低下に対する低残渣の食事 <input type="checkbox"/> 高度肥満症（肥満度40%以上又はBMI30以上）に対する治療食 <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食（潜血食） <input type="checkbox"/> てんかん食 <input type="checkbox"/> がん患者 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能が低下した患者 <input type="checkbox"/> 低栄養状態にある患者					
その他						
エネルギー	kcal			制限・禁止事項		
蛋白質	g	脂質	g			
塩分	g	水分	ml			

上記の通り、訪問栄養食事指導を指示します

医療機関名

年 月 日

担当医師

印