

在宅訪問栄養食事指導 指示書

適応保険

医療

介護

氏名		生年月日 年 月 日 (歳)				
住所	(TEL) - -					
主疾患名			既往歴			
栄養問題	食欲不振 脱水 褥瘡 嚥下障害 肥満 便秘 下痢 慢性疾患食事療法 その他 ()					
投与薬剤						
日常生活自立度	寝たきり度	J A B C	痴呆度	M	要介護度	支 1 2 3 4 5
装着・使用医療機器等	1) 経管栄養(経鼻・胃ろう・他)		使用栄養剤			
	2) 吸引器		3) 酸素療法(/min)			
	4) TPN(中心静脈栄養)		5) PPN(末梢静脈栄養)			
	6) 留置カテーテル		7) 気管カニューレ			
	8) 人工肛門		9) 人工膀胱			
	10)その他					
療養生活上の注意事項	1.リハビリテーション 2.褥瘡の場所・程度 3.装置・使用医療機器等の管理 4.その他					
緊急連絡先	医療機関名	(TEL) - -				

身体情報	身長	cm	指示栄養量	熱量	kcal
	体重	kg		P:F:C比	: :
				タンパク質量	g
				脂質量	g
				脂質構成比(P/S比)	:

腎臓病食 肝臓病食 糖尿病食 胃潰瘍食 貧血食 膵臓病食
 脂質異常症食 痛風食 嚥下困難者のための流動食 経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査

上記とおり、栄養管理を依頼します。

平成 年 月 日
 から有効

医療機関名
 住所
 TEL
 医師名

印