

## 診療情報提供書及び訪問栄養食事指導指示書

**【依頼先医療機関】**

施設名称 真誠会セントラルクリニック  
 住所 米子市河崎580  
 TEL 0859-29-0099(代)  
 FAX 0859-24-6032

**【紹介元医療機関】**

施設名称  
 住所  
 TEL  
 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。

《患者情報》

記載日:

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
患者氏名					
住所	(TEL)				
適応保険	医療保険	介護保険	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
居室介護支援事業所名)	担当ケアマネージャー)				
住所)	電話番号)				
メールアドレス)					

《病状・治療状況》

現在の状況	身体計測	身長	cm	体重	kg ( 増加・安定・減少 )		
	診断名						
	投与薬剤						
	検査所見 (必要項目のみ)	血圧	mmHg	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl
		総蛋白	g/dl	HDL-Cho	mg/dl	クレアチニン	mg/dl
		アルブミン	g/dl	LDL-Cho	mg/dl	カリウム	mEq/dl
		ヘマトクリット値	%	中性脂肪	mg/dl	血糖値	mg/dl
	採血日 年 月 日	血色素量	g	尿酸		HbA1c	%
		鉄(Fe)	μg/dl	尿たんぱく		CRP	
	その他						
栄養問題	食欲不振 脱水 褥瘡 嚥下障害 低栄養 肥満 その他( )						

**【栄養指導内容指示欄】**

<input type="checkbox"/> 調理アドバイス <input type="checkbox"/> 疾患に対する食事改善 <input type="checkbox"/> 食事内容の確認 <input type="checkbox"/> 栄養状態の改善 <input type="checkbox"/> 生活習慣全般の見直し <input type="checkbox"/> その他( )		
方針・目標		
留意事項		
エネルギー	kcal	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 膝臓食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 低栄養改善のための食事 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下
たんぱく質	g	
脂質	g	
塩分	g	
水分	ml	
その他		
(その他指導内容)		

注1) エネルギーは必ず指示してください。その他指示がない場合、エネルギー比はタンパク質20%、脂質25%、塩分8gとして指導します。  
 注2) この指示書は基本的に栄養ケア計画書内の半年間を有効期間とします。期間の短縮希望がある場合は、その他指導内容欄へご記入をお願いいたします。