

居宅療養管理指導(訪問栄養指導) 指示書  
(診療情報提供書)

適応保険	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 医療
------	-----------------------------	-----------------------------

身体状況

氏名			身長	cm	体重	kg
生年月日	年	月	日		男・女	※BMI測定不可時 ふくらはぎ周囲長
主疾患名				cm	<input type="checkbox"/> 31cm未満	

栄養管理・観察指示項目

<input type="checkbox"/> 低栄養( <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 脱水 )	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能	<input type="checkbox"/> 排泄管理	<input type="checkbox"/> 消化器症状
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> 消化器術後管理	
<input type="checkbox"/> 静脈・経腸栄養管理	<input type="checkbox"/> がん関連症状	<input type="checkbox"/> 服薬	<input type="checkbox"/> 身体機能
<input type="checkbox"/> その他特別指示・留意事項			
( )			

主な治療薬

--

検査所見 採血日 年 月 日

血圧	mmHg	T-cho	mg/dl
TP	g/dl	HDL-cho	mg/dl
alb	g/dl	LDL-ck	mg/dl
Hb	g/dl	TG	mg/dl
BUN	mg/dl	血糖値	mg/dl
クレアチニン	mg/dl	HbA1c	%
カリウム	mEq/dl	鉄	μg/dl

指示栄養素量

※介護保険適用時は不要

エネルギー	kcal	たんぱく質	g	PFC比	:	:	塩分	g
-------	------	-------	---	------	---	---	----	---

上記のとおり、居宅療養管理指導(訪問栄養指導)を指示します。

平成 年 月 日

医療機関印

有効期限は指示日より6カ月とする。

主治医

管理栄養士