

# 診療情報提供書 兼 外来栄養指導依頼書

記載日

年 月 日

患者名		指示医師名	
住所		所属施設名	
電話番号			電話番号
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	指導回数・期間指示	<input type="checkbox"/> 初回指導のみで可
年齢	歳		<input type="checkbox"/> 月1回指導で3か月間継続
性別	男 · 女		<input type="checkbox"/> 月1回指導で6か月間継続
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 管理栄養士に任せる

初回指導希望日時	(1) 年 月 日			
	(2) 年 月 日			
指導内容	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧食	<input type="checkbox"/> がん疾患に対する対応	
	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下食に対する対応	
	<input type="checkbox"/> 心臓病食	<input type="checkbox"/> 膵炎食	<input type="checkbox"/> 低栄養者に対する対応	
	<input type="checkbox"/> 肝臓病食	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍食		
	<input type="checkbox"/> 痛風食	<input type="checkbox"/> 消化管術後食 部位等 ( )		
	<input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血食			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養者に対する対応 ( )			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
指示量	<input type="checkbox"/> 下記内容を指示する。 <input type="checkbox"/> 管理栄養士に任せる。			
	エネルギー量	Kcal	嚥下調整食学会分類2013	
	タンパク質量	g		<input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 2-1
	炭水化物量	g		<input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 2-2
	脂 質 量	g		<input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 3
	塩 分 量	g		<input type="checkbox"/> 4
	その他の指示			
その他の情報	管理栄養士に伝達しておきたい事項等があればご記入下さい。			
備考				