

# 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"/> 肺炎食 <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	<div>嚥下調整食学会分類2013</div> <div> <input type="checkbox"/> 0 j <input type="checkbox"/> 2 - 1  <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 2 - 2  <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 3  <input type="checkbox"/> 4         </div>
	タンパク質量	g	
	炭水化物 量	g	
	脂 質 量	g	
	塩 分 量	g	
	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			