

在宅患者訪問栄養指導指示書

介護保険扱い
 医療保険扱い

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	担当ケア マネージャー (介護保険対応時)	氏名
年齢	歳		所属
性別	男 ・ 女		連絡先

訪問日時	原則として、 火曜日、木曜日の13時～18時の間でお受けしています。		
初回訪問 希望日時	年 月 日	時 分	
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	嚥下調整食学会分類2013 <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"/> <input type="checkbox"/> 4
	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			