**栄養食事指導指示箋**　　　　　　　指示日　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ対象者氏名 | 　　　　　　　様（男・女） | 生年月日：T・S・H　　　年　　月　　日 | 年齢：　　　　　　　　　　　　歳 |
| 世帯主氏名 |  |
| 住所 | 〒 | ☎　　　　　（　　　）＊不在時連絡先： |

|  |  |
| --- | --- |
| 指導種類 | * 在宅患者訪問栄養指導
* 外来栄養食事指導
 |
| 栄養食事指導が必要な理由 |  |

　　　　　　　　　　　【治療状況と栄養食事指導指示内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 栄養食事指導対象の疾患名 | □糖尿病（インスリン・経口薬・投薬なし）□脂質異常症　□高血圧症　□高尿酸血症　□慢性腎不全□低栄養　□摂食・嚥下障害　□その他（　　　　　　　　　） |
| 栄養量の指示 | □病態に対し適正な栄養量を管理栄養士が算出すること（対象者の身長・体重）（　　　cm・　　　kg） | □エネルギー　 kcal□たんぱく質　　g □脂質　　　　g□食塩　　　g □水分　　　　　ml |
| 依頼事項 | * 食事アセスメント　□ヘルパーと協働で指導　□生活習慣の見直し

□調理指導　　□その他（　　　　　　　） |
| 特記事項（栄養面での目標など） | □検査データを別紙に添付します。 |

上記の通り、在宅患者訪問栄養食事指導・外来栄養指導を指示します

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

担当医師　　　　　　　　　　　　　　㊞