

訪問栄養食事指導相談票

作成日：

送り先
独立行政法人地域医療機能推進機構 福井勝山総合病院 栄養管理室 宛 TEL:0779-88-8165 FAX:0779-88-8205

送り元
事業所名：
TEL：
FAX：
介護支援専門員 氏名：

【紹介患者情報】

ふりがな		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
氏名		性別	男 ・ 女	年齢	歳	
		身長	cm	体重	kg	
住所						
連絡先	相手：	希望の時間帯：				

※相談内容と既往歴等を○で囲み、できるだけ詳細を記載してください(複数選択可)

相談内容	咀嚼嚥下障害 消化管術後 体重減少 低栄養 筋力低下 血糖コントロール 慢性腎臓病 透析中 心不全 脂質異常症 がん その他（ ）
既往歴	高血圧 脂質異常症 糖尿病 慢性腎臓病 狭心症 心不全 心房細動 高尿酸血症 痛風 急性膵炎 慢性膵炎 肝炎 肝硬変 がん（ ） その他（ ）
詳細	
家族構成	独居 夫 妻 息子 娘 孫 その他（ ）
食事内容	普通食 軟らかい食事 ミキサーを使用した食事 宅配食 レトルト 不明
食事摂取	自立 軽介助 見守り 全介助 水分のトロミ：あり ・ なし ・ 不明

【身体状況】

介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2
	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	
日常生活 自立度	<input type="checkbox"/> J-1	<input type="checkbox"/> J-2	<input type="checkbox"/> A-1	<input type="checkbox"/> A-2
	<input type="checkbox"/> B-1	<input type="checkbox"/> B-2	<input type="checkbox"/> C-1	<input type="checkbox"/> C-2

※主治医が福井勝山総合病院以外の場合は、かかりつけ医にもご報告下さい。
 ※主治医の指示をいただけるようであれば、こちらから主治医に訪問栄養食事指導の指示箋を郵送させていただきます。
 ※こちらから利用者様に連絡をし、初回訪問の日程を調整させていただきます（調整していただくと助かります）。
 ※日程が決まりましたら連絡させていただきます。また、指導後は報告書を郵送またはFAXにて送らせていただきます。