

診療情報提供書 兼 栄養指導指示書

記入日: 令和 年 月 日

紹介先医療機関名 独立行政法人地域医療機能推進機構 福井勝山総合病院 管理栄養士 宛

紹介元医療機関名 (記載・押印をお願いします)
医師名 印

【紹介患者情報】

ふりがな	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
氏名	性別	男	・	女	年齢 歳
	身長		cm	体重	kg
紹介目的	在宅訪問栄養指導 ※次に指導病名、既往歴を○で囲み、指示内容は下記より選びし点、詳細はご記入ください				
指導病名	糖尿病 糖尿病腎症 脂質異常症 肥満症 (BMI30以上) 高血圧 心臓病 慢性腎臓病 消化管術後 (部位:) 低栄養 摂食嚥下障害 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 ()				
指示内容	①指示栄養量→こちらであればし点を記載ください ①②の <input type="checkbox"/> 疾患に基づき適正な栄養量を管理栄養士に算出させる どちらかを <input type="checkbox"/> ②指示栄養量→こちらであれば具体的な数字を記載ください ご記入 エネルギー <input type="text"/> ㎉ 和加里 たんぱく質 <input type="text"/> g ください 塩分 <input type="text"/> g その他 (<input type="text"/>)				

栄養指導に重点を置く項目がありましたらし点をお願いします

<input type="checkbox"/> アセスメント食事療法	<input type="checkbox"/> ヘルパー協働にて指導	<input type="checkbox"/> 生活習慣全般見直し
<input type="checkbox"/> 食形態の検討・調整	<input type="checkbox"/> その他	

以下、分かりましたら記載をお願いします

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	
担当ケアマネージャー () 事業所名 (

※直近3ヶ月の採血データを添付願います。

※その他栄養量配分は担当管理栄養士が決めさせていただく場合がございます。

※訪問栄養指導実施後は、FAXまたは郵送にて主治医及びケアマネージャーにご報告させていただきます。

福井勝山総合病院 栄養管理室

TEL:0779-88-8165 FAX:0779-88-8205