（様式６）

□在宅患者訪問栄養食事指導　・　□外来栄養食事指導　申込書及び指示書（FAX 可）

紹介元医療機関　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

主治医名

所在地

TEL/FAX　　　　　　　　　　　　担当者名

|  |
| --- |
| 依頼先：（公社）長野県栄養士会連絡先：　電話026－235－2308　　FAX 026－235－0632 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　フリガナ |  | 生年月日：T /S /H | 年齢 |
| 対象者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　様（男・女） | 年　 月　 日 | 　　歳 |
| 住　　所 |  | ☎　　（　　　　）不在時連絡先　 | 　　 |

＊外来栄養食事指導の場合は、住所及び連絡先の記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 　適応保険 | □医療保険　　□介護保険（介護申請されている方は、介護保険優先です） |
| 　身体状況 | 身長　　　　cm　　体重　　　　kg　　体重変化　　カ月　　　kg(減・増)血圧　　　　　/　　　　　　　㎜Hg |

　　　　　　　**≪治療状況と、栄養食事指導指示内容≫**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 栄養食事指導対象者の疾患名 | □糖尿病（　インスリン□脂質異常症　□高血圧嚥下障害□低栄養　　　□摂食・ | ・　経口薬　・　投薬なし　）□高尿酸血症　□慢性腎臓病　　　その他（　　　　　　　　） |
| 指示内容 | エネルギー　□35ｋcal/kg/日□ｴﾈﾙｷﾞ-ｺﾝﾄﾛｰﾙ食　□30 ｋcal/kg/日　□28ｋcal/kg/日　　　　　　　　　□25 ｋcal/kg/日たんぱく質　□0.9ｇ/㎏/日　□たんぱく質ｺﾝﾄﾛｰﾙ食　□1.2g/kg/日　　□1.0g/kg/日□CKDｽﾃｰｼﾞに応じた蛋白質制限（　　　　期）食塩　　　　□男性8g /日未満　　□女性7g /日未満　　□6g /日未満　　 |
| 依頼事項 | □栄養アセスメント　　□調理指導□食事指導（治療食）　 | □ヘルパーと協働で指導　□生活習慣の見直し　　□その他（　　　　　　　　） |
| 　特記事項（家族の意向　ｹｱﾏﾈの意向等） | □検査データーを別紙に、□担当ｹｱﾏﾈ氏名 | 添付します。事業所名　　　　　　　　(電話　　　　　　　) |

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様（医療機関名）

お申込みいただき、有難うございました。上記の申し込みを受理いたしました。

担当管理栄養士が次のように決定いたしましたので、取り急ぎ報告いたします。

|  |
| --- |
| **管理栄養士**住所　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※追って本人から履歴書と管理栄養士免許証の写しを持参いたします。

　　 （公社）長野県栄養士会 栄養ｹｱ･ｽﾃｰｼｮﾝ　担当者