

(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)

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

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	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 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 _____ / _____	mm 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	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン ・ 経口薬 ・ 投薬なし) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嘔下障害 その他 ()		
指示内容	エネルギー <input type="checkbox"/> 35 kcal/kg/日 <input type="checkbox"/> エネルギーコントロール食 <input type="checkbox"/> 30 kcal/kg/日 <input type="checkbox"/> 28 kcal/kg/日 <input type="checkbox"/> 25 kcal/kg/日 たんぱく質 <input type="checkbox"/> 0.9 g/kg/日 <input type="checkbox"/> たんぱく質コントロール食 <input type="checkbox"/> 1.2g/kg/日 <input type="checkbox"/> 1.0g/kg/日 <input type="checkbox"/> CKD ステージに応じた蛋白質制限 (期) 食塩 <input type="checkbox"/> 男性 8g /日未満 <input type="checkbox"/> 女性 7g /日未満 <input type="checkbox"/> 6g /日未満		
依頼事項	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> ヘルパーと協働で指導 <input type="checkbox"/> 生活習慣の見直し <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食事指導 (治療食)		
特記事項 (家族の意向 ケアマネの意向等)	<input type="checkbox"/> 検査データを別紙に、添付します。 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネ氏名 _____ 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

印