

訪問栄養食事指導指示書

フリガナ		明・大・昭
患者氏名	(M ・ F)	生年月日 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____ TEL(_____)	
担当居宅介護支援事業所	事業所名: _____	担当者: _____ TEL(_____)

<治療状況>

診断名						
主な治療薬						
身体所見	身長	cm	体重	kg	(増加・安定・減少)	
検査所見 (必要項目のみ) ※添付可	血圧	mmHg	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl
	総蛋白	g/dl	HDL-cho	mg/dl	クレアチニン	mg/dl
	アルブミン	g/dl	LDL-cho	mg/dl	カリウム	mEq/dl
	ヘマトクリット値	%	中性脂肪	mg/dl	血糖値	mg/dl
採血日 年 月	血色素量	g/dl	尿糖		HbA1c	%
	鉄(Fe)	μg/dl	尿たんぱく		CRP	
	その他					

<栄養管理指示>

管理・観察を要する項目	<input type="checkbox"/> 体重の変動 <input type="checkbox"/> 低栄養状態 <input type="checkbox"/> 摂食機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 消耗性疾患 <input type="checkbox"/> 消化器術後の経過 <input type="checkbox"/> 静脈・経腸栄養療法等の投与量モニタリング <input type="checkbox"/> その他 [_____]				
方針・目標					
留意事項					
エネルギー	※制限、禁止事項				
たんぱく質					
脂質					
塩分					
水分					
その他					

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師 印

上記の内容で、訪問栄養食事指導を指示します

指示有効期間: 年 月 ~ 年 月

平成 年 月 日

医療機関名 医療法人社団博慈会 青葉さわい病院

担当医師 印