

診療情報提供書 兼 訪問(栄養食事指導・リハビリテーション)指示書

フリガナ 患者氏名	(男・女)	生年月日 明・大・昭 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 :

【診療状況】

診断名							
主な治療薬							
方針・目標							
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 採血日 年 月	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	
	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 []		
留意事項	※制限、禁止事項		
エネルギー		塩分	
たんぱく質		水分	
脂質		その他	

【リハビリテーション指示】

指示内容	<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 筋力強化 <input type="checkbox"/> 関節可動域改善 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 嚥下機能向上 <input type="checkbox"/> 家族指導・支援 <input type="checkbox"/> その他 []		
特記すべき留意事項 (中止基準等)	<input type="checkbox"/> 血圧 中止基準 _____mmHg以上/_____mmHg以上 (_____mmHg以下) <input type="checkbox"/> その他の症状 [] <input type="checkbox"/> 禁忌事項 []		

【主治医記入欄】
令和 年 月 日
医療機関名:
担当医師: ㊟

【当院記入欄】
上記の内容で、 訪問〔栄養食事指導・リハビリテーション〕を指示します。
指示有効期間: _____年_____月~_____年_____月 (リハビリの指示期限は主治医診療日から3ヶ月)
令和 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: ㊟