

訪問栄養食事指導(医療保険) 指示箋  
 居宅療養管理指導(介護保険) 指示箋

平成 年 月 日 から有効

医療機関名

医療機関名

住所



医療法人社団創生会 町田病院 栄養課

TEL

下記とおり、栄養管理を依頼します。

医師名

印

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日( 歳)		
住所	(TEL)								
主疾患名	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 膵臓病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> その他( )	既往歴							
栄養関連問題	<input type="checkbox"/> 低栄養の恐れ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 経腸栄養剤 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 膵臓病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他( )								
身長・体重	身長: cm		体重: kg 測定日:						
指示栄養量	熱量	kcal		* 指示栄養量の検討 <input type="checkbox"/> 医師のみ <input type="checkbox"/> 医師及び他職種					
* 医療保険は 必須	たんぱく質	%	g					その他	
* 介護保険は 未記入でも可	脂質	%	g						
	炭水化物	%	g						
血液検査データの添付	有 ・ 無								
特記事項									