

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

令和		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

下記の利用者様に対し、居宅療養管理指導(管理栄養士)を医療法人社団創生会 町田病院に依頼します。

フリガナ										
利用者氏名		性別		年号		年	月	日生		
住所						電話				
主疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 心疾患	既往歴						
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 肥満症	<input type="checkbox"/> 低栄養							
<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 膵臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 嚥下障害							
臨床検査値 (日付)	Alb		TP		Hb		AST		ALT	
	Cr		BUN		K		HbA1c		その他	

栄養ケア計画作成のためのスクリーニング

当該利用者様に対するA～Eの栄養スクリーニング	(実施日		/)
<p>A 過去3ヶ月間に食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などで食事が減少しましたか？</p> <input type="checkbox"/> 強度の食事量の減少 <input type="checkbox"/> 中等度の食事量の減少 <input type="checkbox"/> 食事量の減少なし					
<p>B 過去3ヶ月で体重減少はありましたか？</p> <input type="checkbox"/> 3kg以上の減少 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 1～3kg以上の減少 <input type="checkbox"/> 体重減少なし					
<p>C 運動能力</p> <input type="checkbox"/> 寝たまままたは車椅子を常時使用 <input type="checkbox"/> ベッドや車椅子を離れられるが外出はできない <input type="checkbox"/> 自由に外出できる					
<p>D 身長及び体重</p> <input type="checkbox"/> 体重測定不可能 <input type="checkbox"/> 測定あり 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg					
<p>E その他リスク</p> <input type="checkbox"/> 義歯あり <input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 水分ムセあり <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎既往あり					

療養上の注意事項や栄養摂取についての方針などの指示を出していただきますようお願い申し上げます。

利用者さまの居宅療養管理指導を必要とする課題

依頼内容	<input type="checkbox"/> 必要栄養量・摂取量の評価	<input type="checkbox"/> 食形態指導
	<input type="checkbox"/> 治療食指導	<input type="checkbox"/> 食事療養に関する相談
	<input type="checkbox"/> その他	
医療保険必須	<input type="checkbox"/> 指示量あり エネルギー <input type="text"/> kcal 蛋白質 <input type="text"/> g 他指示 <input type="text"/>	
医療保険の適用は指示量が必須です。ご記入をお願いします。介護保険はなくても構いません。		

医療機関名			医師名
住所			印
電話			