

医療法人 関越病院 在宅訪問栄養食事指導依頼票

平成 年 月 日

※ 各項目に記入し、該当する事項の にチェックを入れてください。

氏名 ふりがな _____ 生年月日 _____ 年 月 日生 (歳) 男 女

住所 _____

疾患名 _____

服薬内容 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ m²/kg IBW _____ kg

適応保険 介護 医療

指導する食事内容

腎臓食 糖尿食 肝臓食 膵臓食 脂質異常食 減塩食 (心疾患 高血圧) 高度肥満食

痛風食 貧血食 十二指腸潰瘍食 胃潰瘍食 クローン病食・潰瘍性大腸炎に対する低残渣食

低栄養状態に対する食事 摂食又は嚥下機能が低下した者に対する食事

《介護保険のみ》

経管栄養のための流動食

《医療保険のみ》

がん患者に対する食事 フェニルケトン尿症食 楓糖尿症食

てんかん食 ホモシスチン尿症食

無菌食 ガラクトース血症食

指導内容

食生活の把握 調理を伴う指導 買い物支援(商品選択について)

食事計画(献立など)について 食形態の指導 配食・宅配弁当の紹介と選択

生活指導(体重管理・運動・禁煙など) 水分の摂取方法(脱水) 栄養補助食品・介護食品の紹介と選択

栄養摂取量の評価 経腸栄養の管理 その他 (_____)

指導回数 初回 ____ 回目 (今回のみ 継続)

指示栄養量

エネルギー	kcal	塩分	g	
たんぱく質	g	水分	ml	飲水制限 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) _____ ml
脂質	g	その他	(_____)	

その他特記事項 _____

施設名(_____)
※ 関越病院以外の医師の方はご記入ください。

主治医 _____ 印 _____