

診療情報提供書および訪問栄養指導指示書 介護保険（居宅療養管理指導）

みやもり訪問診療クリニック
管理栄養士 氏名 宮森 悦子 宛

施設名称
住所
TEL
FAX

医師名(サイン)

指示日 年 月 日

下記の患者について栄養管理情報を提供し、訪問栄養指導を指示します。

《患者情報》

フリガナ		生年月日	T S H	年	月	日(歳)	性別	男	女
氏名									
住所							TEL		

《病状・治療状況》

現在の状況	身体計測	身長	cm	体重	kg	(増加 ・ 安定 ・ 減少)				
	診断名	病名	病名		発生日	病状				
						安定 ・ 不安定 ・ 不明				
						安定 ・ 不安定 ・ 不明				
						安定 ・ 不安定 ・ 不明				
	投薬薬剤									
	検査所見 採血日	Alb:	BUN:	Cre:	CRP:	Hb:	K:	BS:		
栄養問題	食欲不振 脱水 褥瘡 嚥下障害 肥満 便秘 下痢 その他()									

《栄養指導内容指示》

栄養指導対象疾患

糖尿病(インスリン・経口薬・投薬なし)
 脂質異常症
 心臓疾患などに対する減塩食
 高尿酸血症
腎臓病
 嚥下障害
 低栄養
その他の疾患()

栄養指示項目

◎栄養量

エネルギー
 Kcal、たんぱく質
 g、脂質
 g
疾患に基づき、栄養量は管理栄養士が算出

◎塩分・その他

塩分制限(あり
 g、なし)
 カリウム制限
 その他()

栄養指導内容

調理のアドバイス
 指導疾患に対する食事改善
 栄養アセスメント(食事内容確認)
生活習慣全般の見直し
 栄養状態の改善
 その他()

注)この指示書は停止の指示があるまで継続します。

指示内容に変更が生じた場合には、再度指示書を作成していただきますよう宜しくお願い致します。