

情報提供書及び栄養食事指導指示書

【 依頼元 医療機関 】

| | | | | |
|-----|------|-------|-------|---|
| 施設名 | | 主治医師名 | | 印 |
| 連絡先 | (電話) | (内線) | (FAX) | |

☆下記の患者様について栄養管理情報を提供し、居宅療養管理を指示します

《 患者情報 》

| | | | | |
|------|-------|---|------|---|
| フリガナ | サマ | 生年月日 | (歳) | 性別 |
| 患者氏名 | 様 | | | |
| 住所 | (TEL) | | | |
| 要介護度 | 要支援 | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 | 要介護 | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 |
| | | | 有効期限 | まで |

《 生活状況 》

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|---------------|-------|-------|----|----|----|-------|
| 介護保険 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 | 担当 ケアマネジャー | 所属 | 連絡先 | | | | |
| 主に利用している 介護サービス | サービス名 | 利用頻度 | サービス名 | 利用頻度 | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 家族の同居 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 | 食事準備 担当者 | | | | | | |
| (家族構成) | KP | 氏名 | 関係 | 同居の有無 | KP | 氏名 | 関係 | 同居の有無 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

《 身体状況 》

| | | | | | | |
|-------------|----|----|---------|------|------------------|-------------|
| 身長 | cm | 体重 | kg(測定日) | BMI | 体重変化 | (kg / ヶ月) |
| 視力 | 眼鏡 | 聴力 | 補聴器 | 認知機能 | 認知症高齢者の 生活自立度 | |
| その他 | | | | | | 褥瘡 |
| 指示内容 | | | | | | |
| 療養上の 問題点 | | | | | | |

管理栄養士への指示

| | | | |
|---------|---------------|--------|--|
| 指示エネルギー | _____ kcal | その他の指示 | |
| タンパク質量 | _____ g | | |
| 脂質量 | _____ g | | |
| 塩分量 | _____ g未満 | | |
| 水分量 | _____ ml | | |
| 嚥下調整食 | 学会分類コード _____ | | |

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| 使用薬剤 | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----------|-----|---------------------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 検査 所見 | 血圧 | _____ mmHg | アルブミン | _____ g/dl | HbA1c | _____ % |
| | BUN | _____ mg/dl | クレアチニン | _____ mg/dl | eGFR | _____ mg/dl |
| | RBC | _____ X10 ⁴ μL | Hb | _____ g/dl | BNP | _____ pg/dl |

※その他 検査データ等の資料ありましたら別途添付お願い致します。