

居宅療養管理指導(管理栄養士) 指示書

指示日 年 月 日

フリガナ	サマ	生年月日 (歳)	性別
患者氏名	様		別
住所	(TEL)		
算定方法について <input type="checkbox"/> 自院で算定 <input type="checkbox"/> 東大和ホームケアクリニックで算定			
身長	cm	体重	kg(測定日)
		BMI	kg/m ²
体重変化		kg / ヶ月	
<疾患名>			
<対象となる特別食等>			
<input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 膵臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食 <input type="checkbox"/> 嚥下困難のための流動食 <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食 <input type="checkbox"/> 低栄養状態 <input type="checkbox"/> その他()			
<指導内容>			
<input type="checkbox"/> 食形態の調整 <input type="checkbox"/> エネルギー摂取量の調整 <input type="checkbox"/> たんぱく質摂取量の調整 <input type="checkbox"/> 脂質摂取量の調整 <input type="checkbox"/> ビタミン摂取量の調整 <input type="checkbox"/> ミネラル摂取量の調整 <input type="checkbox"/> その他			
<上記詳細・その他の内容・目標>			
<留意事項>			
<指示栄養量>			
エネルギー	: _____ kcal/日	その他	()
たんぱく質	: _____ g/日		
脂質	: _____ g/日		

【 依頼先 医療機関・施設名 】

【 依頼元 医療機関・施設名 】

東大和ホームケアクリニック

医療機関・施設名: _____

担当 管理栄養士 宛

医師名: _____

電話番号: 042-562-5738

電話番号: _____

FAX: 042-567-8334

FAX: _____

上記の通り、栄養管理を依頼します。