

診療情報提供書及び訪問栄養指導指示書(介護保険)

記入日 年 月 日

【依頼先医療機関】

施設名称 ベルピアノ病院(栄養管理室)
住所 堺市西区菱木1-2343-11
TEL 072-349-6700(代)

【紹介元医療機関】

施設名称
住所
TEL
医師名(サイン)

□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	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
氏名					
住所	(TEL)				
適応保険 : 医療保険 ・ 介護保険 (居宅療養管理事業所名:)					

《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			発生日		病状
					年 月 日		安定 ・ 不安定 ・ 不明
					年 月 日		安定 ・ 不安定 ・ 不明
					年 月 日		安定 ・ 不安定 ・ 不明
投与薬剤							
検査所見	Alb:	BUN:	Cre:	CRP:	Hb:		
採血日:	Na:	K:	BS:	HbA1c:			
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()						

《栄養指導内容指示欄》

・**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 高血圧症 高尿酸血症
腎臓病() 嚥下障害 低栄養 心疾患
その他疾患()

・**栄養量指示項目**
◎栄養量
エネルギー Kcal、 蛋白質 g、 脂質 g
入院中の食事に準ずる
疾患に基づき、栄養量は管理栄養士に算出させる

◎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1) 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は、再度指示書を作成して頂きますよう、よろしくお願い致します。