

在宅訪問栄養食事指導 指示書

適応保険

医療

介護

氏名	生年月日		年	月	日(歳)	ID
住所	電話					
主疾患名						
既往歴						
身体測定値	身長	cm	体重	kg	BMI	
栄養問題	食欲不振 脱水 褥瘡 嚥下障害 肥満 便秘 下痢 ----- 慢性疾患食事療法() その他()					
投与薬剤						
日常生活	寝たきり度	J A C B	認知度	I II(a b) III(a b) IV M		
自立度	介護度	支 1 2 3 4 5				
装着・使用医療器等	経管栄養 (経鼻・胃瘻・他)					
	使用栄養剤					
	<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 酸素療法(/min)	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ			
	<input type="checkbox"/> HPN(中心静脈栄養)	<input type="checkbox"/> PPN(末梢静脈栄養)	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
	<input type="checkbox"/> 人工肛門(右 左) <input type="checkbox"/> 人工膀胱(右 左) <input type="checkbox"/> その他()					
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有()		程度(DSIGN-R®)			
療養生上注意事項	1, リハビリテーション 2, 装置・使用医療機器等の管理 3, その他					
緊急連絡先	医療機関名					
	電話番号 ()					-
指示栄養量	エネルギー	kcal	タンパク質	g	脂質	g
	塩分	g	カリウム	mg	リン	mg
	その他					
	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> 心臓高血圧食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 術後食 <input type="checkbox"/> 膵臓食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食					
特記						

上記のとおり栄養管理を依頼します

大阪暁明館病院の訪問栄養指導日依頼及び指示の電子カルテ代行入力には担当管理栄養士が行う事を承諾します

平成 年 月 日から3ヶ月有効

医療機関名

住所

電話

医師名

印