

医療機関名：

介護支援専門員記入

先生 侍史

訪問栄養食事指導 依頼書兼情報提供書

情報提供

フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日
患者氏名	様 (男・女)			(歳)
住所						
世帯主名(在宅に伺う場合)		TEL				
要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5				
主治医	主な疾患名：					
主な介護者	氏名 続柄：					
介護状況	常に付き添っている・時々・夜間のみ・その他()					
移動	自立・一部介助・全介助					
座位	自立・車椅子等・ベッドのギャッジアップ可能・不可					
排泄	自立・一部介助・おむつ・バルーンカテーテル					
問題行動	あり(暴言・拒否・その他()					
意思疎通	通じる・ある程度通じる・ほとんど通じない					
感染症	肝炎・MRSA・梅毒・HIV・その他()					
認知症	無・軽度・重度	意識障害	無・軽度・重度			

食事状況(食事形態や嚥下状態)

身長	cm	体重	kg
問題(主訴)			
摂取状況	自立・一部介助・全介助	麻痺	有・無
栄養補給方法	経口摂取・経腸栄養(経鼻・胃瘻)・中心静脈栄養		
食事形態	普通食・一口大・キザミ食・ミキサー食・トロミあり・その他()		
備考			

現在の状況及びご本人・ご家族様からの希望

- 食事管理不良
- 食欲不振(食量低下・体重減少)
- 褥瘡(床ずれ)が治りにくい
- 食べやすい食事の工夫や食事作りのポイントを知りたい
- 摂食・嚥下機能低下(食事に時間がかかる・水分が摂りにくい・ムセ・飲み込みに問題がある)
- その他()

お手数ではございますが、上記の状況により訪問栄養指導のご指示を頂きたく、
訪問栄養指導指示書にご記入頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

年 月 日

事業所名： _____

介護支援専門員： _____