

特定医療法人財団 同愛会 博愛病院 栄養管理部 宛
 鳥取県米子市両三柳 1880
 TEL : 0859-29-1100
 FAX : 0859-29-6322

訪問栄養食事指導指示書 (院外用)

フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日
患者氏名	様(男・女)				(歳)
住所	〒 -		電話番号	-	-	

<治療状況> ※検査値は文書添付可

診断名						
主な治療薬						
身体所見	身長	cm	体重	kg	(増加 ・ 安定 ・ 減少)	
検査所見	血圧	mmHg	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl
	総蛋白	g/dl	HDL-cho	mg/dl	Cr	mg/dl
採血日 年 月	Alb	g/dl	LDL-cho	mg/dl	K	mEq/dl
	Hb	g/dl	TG	mg/dl	血糖値	mg/dl
	Na	mEq/dl	CRP	mg/dl	HbA1c	%

<栄養管理指示>

管理・観察を要する項目	<input type="checkbox"/> 体重の変動 <input type="checkbox"/> 低栄養状態 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 尿量 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 消化器術後の経過 <input type="checkbox"/> 静脈・経腸栄養療法等の投与モニタリング <input type="checkbox"/> その他()					
方針・目標						
留意事項						
エネルギー		kcal	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 脾臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 心臓高血圧食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> 肥満症食 <input type="checkbox"/> 低栄養食 <input type="checkbox"/> 濃厚流動食			
たんぱく質		g				
脂質		g				
塩分		g				
水分		ml				
その他						
アレルギーの有無	有	無	アレルギー			

年 月 日

住所 _____
 TEL _____ FAX _____
 病院 クリニック
 医院 診療所

医師 _____ (印)