在宅訪問栄養ケア申込書　兼　栄養食事指導指示書　（FAX可）

紹介元医療機関：　　　指示日　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名 ：

主治医名 ：

所　在　地 ：

Tel. / Fax.　 ：

依頼先：　新潟県栄養士会上越支部

連絡先：（一社）上越医師会

 Tel: 025-524-7111

 Fax: 025-522-2434

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ対象者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　（男・女） | 生年月日：　T　./　 S. 　　　　　　年　　　　　月　　　　日 | 年齢：　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 住所 | 〒 | ☎　　　　　　　（　　　　）✻不在時連絡先： |

|  |  |
| --- | --- |
| 適 応 保 険 | □医療保険　 　　 □介護保険　（介護申請されている方は、介護保険優先です、） |
| 訪問栄養食事指導が　必要な理由 |  |
| <治療状況と、栄養食事指導指示内容> |
| 栄養食事指導対象の　疾患名　　 | □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　　□慢性腎臓病□低栄養　　□摂食・嚥下障害 　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 栄養量の指示 | □病態に対し適正な　　　栄養量を管理栄養士が　算出すること。 | □エネルギー　　　　　　　　　　Kcal.□たんぱく質　　　　　　ｇ　　□　脂質　　　　　ｇ□塩分　　　　　ｇ　　　　　 　□　水分　　　　　　ｍｌ |
| 依頼事項 | □食事アセスメント　　 □　ヘルパーと協働で指導　　 □　生活習慣の見直し□食事指導（治療食）　□　調理指導　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項（栄養面での目標など） | □検査データを、別紙に添付します。 |

|  |
| --- |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　様（医療機関名）　　　　　　　　平成　　年　　月　　日お申込みいただき、有難うございました。　上記の申込みを受理いたしました。在宅訪問登録管理栄養士が下記のように決定いたしましたので、取り急ぎ報告いたします。 |

在宅訪問登録管理栄養士　　氏名

住所

電話番号

＊追って本人から履歴書と管理栄養士登録証の写しを（持参・郵送）いたします。

新潟県栄養士会上越支部　訪問栄養食事指導部門担当：　　　　　　　　　　　　　　　（印）