

在宅訪問栄養ケア申込書 兼 栄養食事指導指示書 (FAX 可)

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	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. :
--	---

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	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン ・ 経口薬 ・ 投薬なし) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 その他 ()	
栄養量の指示	<input type="checkbox"/> 病態に対し適正な 栄養量を管理栄養士が 算出すること。	<input type="checkbox"/> エネルギー Kcal. <input type="checkbox"/> たんぱく質 g <input type="checkbox"/> 脂質 g <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 水分 ml
依頼事項	<input type="checkbox"/> 食事アセスメント <input type="checkbox"/> ヘルパーと協働で指導 <input type="checkbox"/> 生活習慣の見直し <input type="checkbox"/> 食事指導(治療食) <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> その他()	
特記事項 (栄養面での目標 など)	<input type="checkbox"/> 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)