

# 診療情報提供書 兼 訪問栄養指導指示書

ご記入日 年 月 日

## 【依頼先医療機関】

医療機関名 医療法人社団 鶴友会  
 在宅総合支援センター 栄養部  
 住所 熊本市東区保田窪本町10-112  
 TEL・FAX共通 096-387-6838(直通)

## 【紹介元医療機関】

医療機関名  
 医師名(サインをお願いします)

## 【患者情報】

氏名	生年月日	性別
	年 月 日生 ( 歳)	男・女
住所	(TEL)	
適応保険	<input type="checkbox"/> 医療保険	<input type="checkbox"/> 介護保険

## 【病状・治療状況】

栄養指導対象病名	介護報酬・診療報酬に共通するもの <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高度肥満(BMI35以上) <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 摂食機能・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 低栄養状態
	介護報酬のみに規定されているもの <input type="checkbox"/> 嚥下困難者のための流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養のための濃厚流動食
薬剤等	※別紙添付でも構いません
身体状況検査結果	身長:( )cm、体重:( )kg ※データがあれば添付お願いします。 Alb:            Hb:            BUN:            Cr:            eGFR: AST:            ALT:            γ-GT: LDL-C:        HDL-C:        中性脂肪: 血糖:            HbA1c:

## 【栄養指導内容指示欄】

・栄養量指示項目 栄養量 <input type="checkbox"/> エネルギー量                      kcal、たんぱく質                      g、脂質                      g <input type="checkbox"/> 入院・入所中の食事に準ずる <input type="checkbox"/> 疾患に基づき、栄養量は管理栄養士に算出させる 塩分・その他 <input type="checkbox"/> 塩分制限( 有 6g ・ 無) <input type="checkbox"/> その他( ) ・主な指示内容 <input type="checkbox"/> 食事のバランス <input type="checkbox"/> 体重管理 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 経口摂取支援 <input type="checkbox"/> 栄養補給(サプリを含)
---

※こちらの指示書は中止の指示があるまで継続いたします。

指示内容に変更が生じた場合は再度指示書を作成して頂きますよう、よろしく願いいたします。

※後日返信封筒を送らせていただきますので、原本をお送り下さいますようお願いいたします。