

訪問栄養食事指導 指示書

フリガナ 患者氏名	(M ・ F)	明 ・ 大 ・ 昭 生年月日 年 月 日 (歳)
住所	〒 - TEL() -	
担当居宅介護 支援事業所	事業所名:	担当者: TEL() -

<治療状況>

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 （必要項目のみ） 採血日 年 月	血圧	mmHg	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl
	総蛋白	g/dl	HDL-cho	mg/dl	クレアチニン	mg/dl
	アルブミン	g/dl	LDL-cho	mg/dl	カリウム	mEq/dl
	ヘマトクリット値	%	中性脂肪	mg/dl	血糖値	mg/dl
	血色素量	g/dl	尿糖		HbA1c	%
	鉄(Fe)	μg/dl	尿蛋白		CRP	mg/dl
	その他					

＜栄養管理指示＞

管理・観察を要する項目	☐ 体重変動 ☐ 低栄養状態 ☐ 摂食機能 ☐ 嚥下機能 ☐ 脱水 ☐ 尿量 ☐ 排便 ☐ 消化器症状 ☐ 褥瘡 ☐ 浮腫 ☐ 服薬 ☐ 身体機能 ☐ 糖尿病 ☐ 腎疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 血圧 ☐ 心疾患 ☐ 脂質異常症 ☐ 消耗性疾患 ☐ 消化器術後の経過 ☐ 静脈・経腸栄養療法等の投与量モニタリング ☐ その他〔 _____ 〕	
方針・目標		
留意事項		
エネルギー	kcal	※制限・禁止事項
たんぱく質	g	
脂　　質	g	
塩　　分	g	
水　　分	ml	
その他		

平成 年 月 日

医療機関名

印

上記の内容で、訪問栄養食事指導を指示します

指示有効期間： 年 月 ～ 年 月

平成 年 月 日

医療機関名 横浜東邦病院

印