

診療情報提供書兼栄養指示書

紹介先医療機関名
横浜旭中央総合病院

紹介元医療機関名

医師名

印

紹介患者情報

| | |
|------------------------------|---|
| ふりがな | 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 |
| 氏名 | 性別 男・女 年齢 歳 |
| | 身長 cm 体重 kg |
| 紹介目的 | 在宅訪問栄養指導 * 傷病名（指導病名）、指示内容は下記より選択をお願い致します。 |
| 傷病名 (指導病名) | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症(BMI30以上) <input type="checkbox"/> 高血圧症・心臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 指示内容 ①、②のどちらか をご記入下さい。 | ①栄養指示量 <input type="checkbox"/> 疾患に基づき適正な栄養量を管理栄養士に算出させる ②栄養量指示事項（可能な限りでご記入ください） エネルギー（ kcal） たんぱく質（ g） 塩分（ g） その他（ ） |

栄養指導に重点を置く項目がありましたら記載をお願い致します。

アセスメント食事療法 ヘルパー協働にて指導 生活習慣全般見直し
 食形態の検討 その他 ()

以下、分かりましたら記載をお願い致します。

介護保険： 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
 担当ケアマネージャー（ ） 事業所名（ ）

※直近3ヶ月の採血データを添付願います。

※その他栄養量配分は担当管理栄養士が決めさせていただく場合がございます。

※訪問栄養指導実施後は、FAXにて主治医及びケアマネージャー様にご報告させていただきます。

※介護保険認定されている場合は介護保険の枠外で介入致します。

横浜旭中央総合病院 地域医療連携室

TEL : 045-921-6115 / FAX : 045-921-7793