

訪問栄養食事指導に関する医師の指示書 (院外用)

様に対する医師の指示事項

栄養指導対象の疾患名

- 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
- 慢性腎不全 慢性腎臓病 嚥下障害
- 低栄養 その他疾患 ()

処方薬による食品との関連

- ワーファリン カルシウム拮抗剤 (薬品名：)
- その他 ()

栄養量の指示

- 疾患に基づき適正な栄養量を管理栄養士に算出させる

医師からの指示

- アセスメント食事療法 ヘルパー協働にて指導
- 生活習慣全般の見直し
- その他 ()

<臨床データ等特記事項>

平成 年 月 日

住所

TEL

FAX

病院 ・ クリニック
医院 ・ 診療所

医師

印

※可能な範囲で下記をご記入ください

栄養量指示項目

- エネルギー (kcal) 蛋白質 (g) 塩分 (g)
- 脂質 (g / 脂肪比 : :) その他 ()

お手数ではございますが真星病院宛へFAX及び郵送にてご返送下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。