

診療情報提供書兼居宅療養管理指導指示書(管理栄養士)

紹介先医療機関名 医療法人社団 輝真会 ホームケアクリニック青梅
 住所 〒198-0024 東京都青梅市新町3-66-3
 電話/FAX 0428-32-3663/0428-32-3773 年 月 日
 管理栄養士 三瓶 直美

紹介元医療機関名称
 住 所
 連絡先
 医師氏名

印

患者氏名	氏名(フリガナ)				性別	住所	
					男 女		
	様					電話	
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	生 年 齡	歳	
主病名					既往歴	紹介目的	
通院困難な理由	歩行困難・認知機能低下・その他()					褥瘡 有 無 部位	
身体計測	身長	cm	体重	kg	BMI	体重変動 有 無 (ヶ月で % 減 増)	
検査結果 (直近の物)	Hb		g/d l	T-CHO	mg/d l	血糖(空腹) mg/d l	
	TP		g/d l	HDL-C	mg/d l	血糖(2H後) mg/d l	
	Alb		g/d l	LDL-C	mg/d l	H b A1c (NGSP) %	
	AST(GOT)		U/ l	TG	mg/d l	CRP mg/d l	
	ALT(GPT)		U/ l	尿酸	mg/d l		
	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付	γ-GT		U/ l	BUN	mg/d l	
		AMY		U/ l	Cr	mg/d l	
				eGFR			
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙にて添付						
特記事項							

居宅療養管理指導指示書(管理栄養士)

指導内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 <input type="checkbox"/> 膵・胆疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 消化器疾患() <input type="checkbox"/> 循環器疾患					
	<input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 高度肥満症(肥満度40%以上またはBMI30以上)に対する治療食					
	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 (学会分類2021* コード:) 水分とろみ: <input type="checkbox"/> 経管栄養					
	*日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021					
	<input type="checkbox"/> 食欲不振・低栄養状態改善の食事 <input type="checkbox"/> その他()					
エネルギー	<input type="checkbox"/> 1800Kcal	<input type="checkbox"/> 1600Kcal	<input type="checkbox"/> 1400Kcal	<input type="checkbox"/> 1200Kcal	<input type="checkbox"/> 1000Kcal	<input type="checkbox"/> 評価に応じたエネルギー
蛋白質	<input type="checkbox"/> 70g	<input type="checkbox"/> 60g	<input type="checkbox"/> 50g	<input type="checkbox"/> 40g	<input type="checkbox"/> 30g	<input type="checkbox"/> 評価に応じたたんぱく質量
塩分	<input type="checkbox"/> 8g	<input type="checkbox"/> 6g	<input type="checkbox"/> 4g	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 評価に応じた塩分量
アレルギー有無	有 無 (アレルギー)					禁忌・留意事項
指導対象者	本人・家族・その他					
現状の問題点 特記すべき 留意事項						