

居宅療養管理指導申込書 兼 栄養食事指導指示書 (FAX 可)

総合川崎臨港病院 栄養科 宛

紹介元医療機関：

医療機関名：主治医名
：所在地
Tel. / Fax.：

フリガナ 対象者氏名	様 (男・女)	生年月日： T. / S. 年 月 日	年齢： 歳
住所	〒	電話 ()	
訪問栄養食事指導 依頼理由			

< 栄養食事指導指示内容 >

疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> インスリン ・ <input type="checkbox"/> 経口薬 ・ <input type="checkbox"/> 投薬なし) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 その他 ()		
栄養量指示	各項目に関して、具体的な指示があれば記載下さい。	<input type="checkbox"/> エネルギー Kcal <input type="checkbox"/> たんぱく質 g <input type="checkbox"/> 脂質 g <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 水分 ml <input type="checkbox"/> その他 ()	
栄養経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 静脈 ()		
食形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 副食 <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> キザミとろみかけ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 常菜 とろみ剤 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
特記事項	採血データがありましたら添付願います。		

医療法人社団和光会 総合川崎臨港病院 栄養科

Tel: 044-233-9336 Fax: 044-244-4791