在宅訪問栄養ケア申込書　兼　栄養食事指導指示書　（FAX可）

依頼先：上越栄養ケアステーション　行

Tel:025-520-7500

Fax:025-520-8686

紹介元医療機関：令和　　　年　　　月　　　日

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 | 〒 | ☎　　　　　　　（　　　　）  ✻不在時連絡先： | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 適 応 保 険 | □医療保険　 　　 □介護保険　（介護申請されている方は、介護保険優先です。） | |
| 訪問栄養食事指導が必要な理由 |  | |
| <治療状況と、栄養食事指導指示内容> | | |
| 栄養食事指導  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　　□慢性腎臓病  □低栄養　　□摂食・嚥下障害 　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 栄養量の指示 | □病態に対し適正な　　　栄養量を管理栄養士が　算出すること。 | □エネルギー　　　　　　　　　　Kcal.  □たんぱく質　　　　　　ｇ　　□　脂質　　　　　ｇ  □塩分　　　　　ｇ　　　　　 　□　水分　　　　　　ｍｌ |
| 依頼事項 | □食事アセスメント　　 □　ヘルパーと協働で指導　　 □　生活習慣の見直し  □食事指導（治療食）　□　調理指導　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 特記事項  （栄養面での目標など） | □検査データを、別紙に添付します。 | |

|  |
| --- |
|  |
| 様（医療機関名）　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日  お申込みいただき、有難うございました。　上記の申込みを受理いたしました。  在宅訪問登録管理栄養士が下記のように決定いたしましたので、取り急ぎ報告いたします。 |

在宅訪問登録管理栄養士　　　　　　　　住所：

　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

電話番号

＊追って本人から履歴書と管理栄養士登録証の写しを（持参・郵送）いたします。

上越栄養ケアステーション　訪問栄養食事指導部門担当：

公益社団法人新潟県栄養士会上越支部