様式①

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：

＊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