

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:新潟県栄養士会上越支部 連絡先:上越地域在宅医療推進センター Tel:025-520-7500 Fax:025-520-8686	紹介元医療機関:平成 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 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) 平成 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。

新潟県栄養士会上越支部 訪問栄養食事指導部門担当: _____ 印