在宅訪問栄養ケア申込書　兼　栄養食事指導指示書　（FAX 可）

連絡先:なかたに歯科クリニック訪問部
担当　管理栄養士 松岡　優紀
Tel: 078-599-6440

紹介元医療機関:　指示日　　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	〒	☎　（　）	
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	□栄養アセスメント　□ 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(　)	
栄養投与法	□経口　□経鼻　□経腸　□静脈(　)	
食事形態	主食　□重湯　□(前・7・5・3)分粥　□軟飯　□米飯 副食　□流動　□ミキサー　□きざみ　□一口大 水分(増粘剤)　□不要　□必要	
特記事項 （栄養面での目標など）	□採血データがありましたら添付願います。	

医療法人社団健昌会　在宅療養支援歯科診療所　なかたに歯科クリニック訪問部
Tel:078-599-6440　Fax:078-599-6443