

外来栄養食事指導 指示書

(ふりがな) 患者氏名		様				性別		
生年月日		大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日					歳	
身長	cm	体重	kg	運動負荷	☐ 可 ☐ 不可	飲酒	☐ 可 ☐ 不可	
〈疾患名〉								
〈栄養指導対象の特別食等〉 ☐ 糖尿病食 ☐ 腎臓病食 ☐ 脂質異常症食 ☐ 高度肥満症食 ☐ 痛風食 ☐ 高血圧症食 ☐ 心臓病食 ☐ 脾臓病食 ☐ 肝臓病食 ☐ 貧血食 ☐ 胃・十二指腸潰瘍食 ☐ その他 ()								
〈栄養指導対象の状態〉 ☐ 低栄養状態 ☐ 癌 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ その他 ()								
〈指示栄養量〉 エネルギー： kcal たんぱく質： g 脂質： g 塩分： g その他： () ☐ 疾患に基づき適正な栄養量を管理栄養士に算出させる								
〈臨床検査結果〉 ☐ 別紙添付								
〈特記事項〉								
継続指導の有無		有 (ヶ月に1回程度) ・ 無						

上記のとおり、指示いたします。

医療法人社団すまいる

やまだホームケアクリニック

担当管理栄養士 様

指示日

年

月

日

医療機関名

電話番号

FAX番号

担当医師

印