診療情報提供書

紹介先医療機関名：慈英会病院在宅部　　令和　　年　　月　　日

管理栄養士：中村育子

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号：

医師氏名：

患者指名　　様（男・女）　住所						
生年月日:M　T　S　　年　　月　　日						
傷病名:						
身長:　　cm	体重:　　kg	BMI:　　kg/㎡	IBW:　　kg			
既往歴:						
血液検査	Alb	TP	AST	ALT	TC	CRP
	TG	K	BUN	CRE	UA	
	GLU	HbA1c		Hb	その他	
現在の処方						
特記事項						

訪問栄養指導依頼内容

□　糖尿病　□腎臓病　□低栄養　□高度肥満（BMI30以上）　□摂食嚥下機能低下 □貧血　□脂質異常症　□高血圧・心臓病　□その他（　　）		
BMI:　　kg/㎡　IBW:　　kg	介護度：	認知症の有無：
指示内容　①、②のどちらかをご記入ください。 ①栄養指示 □疾患に基づき適正な栄養量を管理栄養士に算出させる。 ②栄養量指示事項（可能な限りでご記入ください） エネルギー：　　kcal たんぱく質：　　g　脂質　　g　　食塩相当量　　g その他：		
在宅訪問栄養食事指導実施上の注意事項		