

外来栄養食事指導情報提供書 兼 栄養指導指示書【医療】

令和 年 月 日

患者情報	氏名	様 (性別) 男性 ・ 女性		
	生年月日	明・大・昭	年	月 日生 (歳)
	住所			
	自宅電話		緊急連絡先	
栄養指導日	令和	年	月	日 初回 2回目 3回以上

【医師の指導指示】

ご希望する指導内容をチェックしてください。

特別食	<input type="checkbox"/> 糖尿食	<input type="checkbox"/> 腎臓食	<input type="checkbox"/> 肝臓食	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食	<input type="checkbox"/> 膵臓食	<input type="checkbox"/> 痛風食
	<input type="checkbox"/> 貧血食	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	<input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食			
	<input type="checkbox"/> 高度肥満症 (肥満度 40%以上又はBMI 30 以上) に対する治療食					
	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食	<input type="checkbox"/> 消化器術後に対する潰瘍食				
	<input type="checkbox"/> クロウン病・潰瘍性大腸炎による腸管機能低下に対する低残渣食					
	<input type="checkbox"/> がん					
	嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下困難な方の食事 嚥下食調整コード(0J, 1J, 0t, 2-1, 2-2, 3, 4)				
低栄養	<input type="checkbox"/> 低栄養状態改善の食事 (Alb 3.0g/dL 以下 BMI 18.5 以下 1 か月 3% 3 か月 5%以上の体重減少 食事摂取量 7割以下)					

指導内容に関連する項目を記入ください。

病名					
服薬					
検査値					
身長	cm	体重	kg	BMI	
指示内容	熱量	kcal	蛋白質	脂質量	塩分量
食事形態	ふつう		その他		
その他指示事項					

栄養指導日 令和 年 月 日

医療機関	医師		
電話 :	FAX	E-mail	