**(別紙　２)**

　　　　　　　　　　　　病院・医院・クリニック・診療所

　　　　　　　　　　　　先生御侍史

**訪問栄養食事指導のご指示および契約について（お願い）**

いつもお世話になります。

　標記の件につきまして、診療報酬(在宅患者訪問食事指導Ⅱ)、介護報酬(居宅療養管理指導)の保険適用により、栄養ｹｱ･ｽﾃ－ｼｮﾝの管理栄養士が在宅訪問を行えることとなりました。下記のとおり、情報提供をいたしますので、ご指示くださいますようお願い申し上げます。

なお、訪問栄養食事指導を進めるにあたり、(公社)岐阜県栄養士会との契約が必要になりますので、関係書類（岐阜県栄養士会ホームページ：栄養食事指導内掲載）をお送りいただけますよう、併せてお願い申し上げます。

【情報提供】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 生年月日T.S.H.R　　年　　　月　　　日 | |
| 世帯主 | | | 住所 | | 連絡先電話 |
| 主な疾患 | |  | | | |
| 要介護度 | |  | | | |
| 食事の問題点 | |  | | | |
| 食事摂取状況 | 自立　　一部介助　　全介助 | | | | |
| 食事形態 | 普通食　きざみ　ミキサー　ゼリー　その他 | | | | |
| 現在の状況及びご本人・ご家族様からの要望 |  | | | | |
| 特記事項 |  | | | | |

令和　　　年　　　月　　　日

事業所

依頼者職氏名