

在宅患者訪問栄養食事指導情報提供書 兼 栄養指導指示書【医療保険 診療報酬】

令和 年 月 日

【患者情報】

| | | | |
|-------|----------------|-------|---------------------|
| 患者氏名 | 様 (性別) 男性 ・ 女性 | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | 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 () AM・PM : ~ : |

| | | | | | | | |
|------|------------------|-------|---------------|--------|----------------|-------|------------|
| 身体状況 | 身長 | cm | 血圧 | / mmHg | 脈拍 | /分 | |
| | 体重 | Kg | SpO2 | % | 体温 | ℃ | |
| | BMI | | IBW | | | | |
| 検査値 | TP | g/dℓ | ALB | g/dl | Hb | g/dl | T-C mg/dl |
| | LDL-C | mg/dl | HbA1c | % | Cr | mg/dl | |
| 食事情報 | 摂取方法 | | 食形態 | | 食事内容 | | 水分 |
| | 経口・特殊食品・ 経腸栄養 | | 米飯 粥 ムース 食 | | 肉 魚 豆腐 卵 野菜 | | 水 お茶 ml |
| 服薬 | | | | | | | |

【医師の指導指示】

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) |

| | | | | |
|-------|--------|-------|----|----|
| 栄養指示量 | エネルギー量 | たんぱく質 | 塩分 | 水分 |
| | Kcal | g | g | ml |

| | | | |
|------|-----|--------|--|
| 医療機関 | 医師 | | |
| 電話： | FAX | E-mail | |