

居宅療養管理指導 管理栄養士訪問記録

氏名	生年月日				年	月	日	歳
訪問日	年	月	日	時間	:	~	:	
本日の記録								
S								
O	身長	c m	体重	k g	BMI	k g/m ²		
	上腕周囲長	c m						
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 補食あり	<input type="checkbox"/> 経腸栄養	<input type="checkbox"/> 静脈栄養			
A	<input type="checkbox"/> しっかり食べれてます <input type="checkbox"/> 糖質摂取 (<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 不足) <input type="checkbox"/> 塩分摂取過剰 <input type="checkbox"/> 蛋白質摂取 (<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 不足)							
P	<input type="checkbox"/> 現状維持。今の調子で経過観察としました。 <input type="checkbox"/> 気を付けることがあります。							

次回訪問予定日 年 月 日 記載者 管理栄養士

※指示書は停止の指示があるまで継続します。変更の場合は指示書(様式5)を提出お願いいたします。