訪問栄養食事指導　指示書

栄養管理ステーション　もぐもぐ
管理栄養士　桃田愛里沙

患者氏名	様　　（　男　・　女　）
住所（電話番号）	（　　－　　－　　）
生年月日　明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
身長:　　体重:　　（　増加傾向　・　減少傾向　）BMI:	

	診断名	発症日	病状
治療状況	1	年　月　日	安定・不安定・不明
	2	年　月　日	安定・不安定・不明
	3	年　月　日	安定・不安定・不明
	4	年　月　日	安定・不安定・不明

検査値 年　月　日 現在	**※血液検査データ表がありましたら添付をお願いいたします。** 血圧　mmHg　Alb　g/dl　血糖値　mg/dl T-cho　mg/dl　TG　mg/dl　TP　g/dl AST　U/L　ALT　U/L　BUN　mg/dl Cr　mg/dl　Hb　g/dl　HbA1c　% その他
現在の服薬	
アレルギー　（　有　・　無　）　アレルゲン:	

訪問栄養指導指示内容

特別食	□糖尿病食	□高脂血症食	□腎臓病食	□肝臓病食
	□胃潰瘍食	□貧血食	□膵臓病食	□痛風食
	□心臓病食	□高度肥満	□高血圧食	□低栄養
	□嚥下困難食	□経管栄養のための濃厚流動食		□癌
	その他（　　）			

留意事項		
エネルギー		※　制限、禁止事項
たんぱく質		
脂質		
塩分		
水分		
その他		

上記の通り、訪問栄養食事指導を指示します　　医療機関名

平成　　年　　月　　日

担当医師　　印