## 居宅療養管理指導(管理栄養士)指示書

指示日 月 日 月 日まで ふりがな 生年月日 歳) 様 氏名 年 日 ( 身長 体重 検査値・服薬内容 □ 別紙添付有り BMI kg  $kg/m^2$ cm<疾患名> <対象となる特別食等> □糖尿病食 □腎臓病食 □肝臓病食 □胃潰瘍食 □貧血食 □膵臓病食 □脂質異常症食 □痛風食 □高血圧・心臓食 □経管栄養のための濃厚流動食 □嚥下困難のための流動食 □特別な場合の検査食 □低栄養状態 □その他( <指導内容> □食形態の調整 □エネルギー摂取量の調整 □たんぱく質摂取量の調整 □脂質摂取量の調整 □ビタミン摂取量の調整 □ミネラル摂取量の調整 □その他 <上記詳細・その他の内容・目標> <留意事項> □是真会居宅療養管理指導事業所からの保険請求可 □不可(※別途当事業所との契約が必要となります) <指示栄養量> エネルギー: その他 kcal/∃ たんぱく質 : g/日 脂質 g/日 ※記載例:カリウム 1500mg以下/日 医療機関•施設名 一般社団法人是真会在宅支援リハビリテーションセンターぎんや 医師名: 居宅療養管理指導事業所 御中 医療機関・施設名: 〒850-0942 長崎市銀屋町4-11 Fax: 095-818-3454 電話番号: TEL: 080-5640-7276 / 080-5640-7269 FAX: 上記の通り、栄養管理を依頼します。