

訪問栄養

1. 対象疾患

- ・がん ・摂食機能または嚥下機能が低下 ・低栄養状態 ・糖尿病 ・腎臓病 ・脂質異常症 ・肝臓病
- ・胃・十二指腸潰瘍 ・高血圧 ・心疾患 ・高度肥満症 ・膵臓疾患 ・貧血 ・痛風 等

2. 提供するサービス内容

(1) 管理栄養士による居宅療養管理指導

主治医の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画に基づいて指導を行います。

- ① 介護予防に関する食事・栄養支援
- ② 疾病の重症化予防（糖尿病など）の食生活支援
- ③ 摂食嚥下困難者に関する食事支援
- ④ 特別な調理に関する支援

※ ご不明な点やご心配な事があれば、お気軽にご相談下さい。

3. カルテ

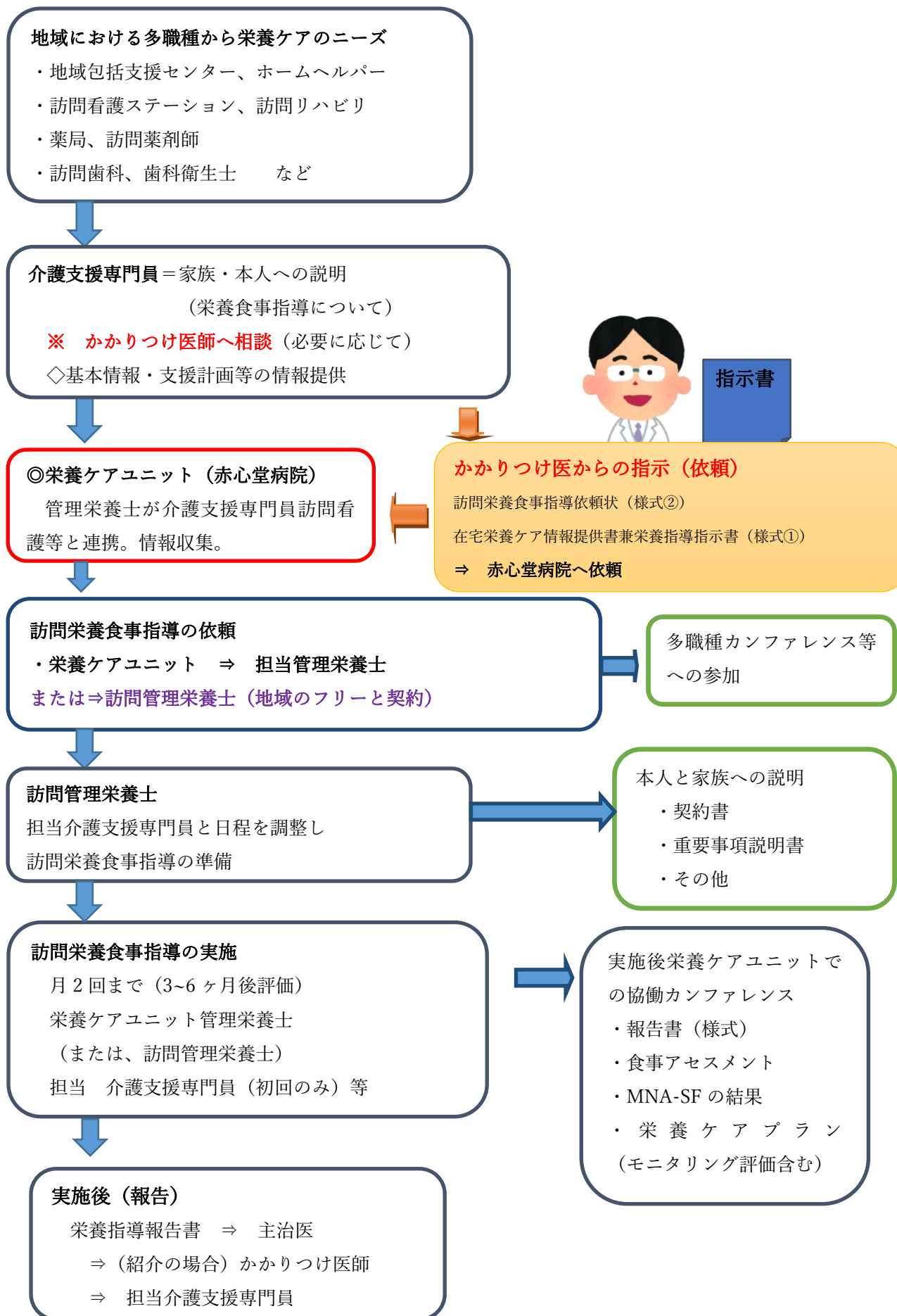
当院に受診歴がない場合、カルテを作らせていただきます。

ご利用の希望は主治医または介護支援専門員（ケアマネージャー）へ相談していただき、当院の栄養科へ連絡ください。

赤心堂病院栄養科 049-242-1181

メールアドレス eiyoukanrika@sekishindo.or.jp

訪問栄養食事指導の流れ（当院患者様以外）



在宅訪問栄養ケア情報提供書 兼 栄養食事指導指示書 (FAX 可)

依頼先: 赤心堂病院 連絡先: 栄養ケアユニット(栄養管理科) Tel: 049-243-9519 (直) Fax: 049-242-1035(代) Mail: eiyoukanrika@sekishindo.or.jp	紹介元医療機関: 指示日 年 月 日 医療機関名 : 主治医名 : 所在地 : Tel. / Fax. :
---	---

フリガナ 患者氏名	様 (男・女)	生年月日: T / S. 年 月 日	年齢: 歳
住所	〒	TEL () *不在時連絡先:	
担当 介護支援 専門員 (必須)	氏名: 所属:	連絡先: TEL: FAX: Mail:	
実施予定日時	年 月 日・未定	(午前・午後)	時頃から・未定

1.適応保険	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 (介護申請されている方は、介護保険優先です)
2.訪問栄養食事指導の目的	<input type="checkbox"/> 疾病の理解 <input type="checkbox"/> 食生活の改善 <input type="checkbox"/> 疾病の重症化予防 <input type="checkbox"/> 食事の選択方法 <input type="checkbox"/> 調理・加工方法 <input type="checkbox"/> 食事全般への支援 <input type="checkbox"/> その他()

<治療状況と、栄養食事指導指示内容>

3.栄養食事指導対象の疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン・経口薬・投薬なし) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他()
4.栄養量の指示	<input type="checkbox"/> 病態に対し適正な栄養量を管理栄養士が算出すること。 <input type="checkbox"/> エネルギーKcal. <input type="checkbox"/> たんぱく質g <input type="checkbox"/> 脂質g <input type="checkbox"/> 塩分.....g <input type="checkbox"/> 水分ml
5.依頼事項	<input type="checkbox"/> 食事アセスメント <input type="checkbox"/> ヘルパーと協働で指導 <input type="checkbox"/> 生活習慣の見直し <input type="checkbox"/> 食事指導(治療食) <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> その他()
6.特記事項	※訪問必要理由: <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 薬剤情報 <input type="checkbox"/> ()を、別紙に添付します。

様 (医療機関名) 年 月 日

お申込みいただき、有難うございました。上記の申込みを受理いたしました。
担当管理栄養士が下記のように決定いたしましたので、取り急ぎ報告いたします。

在宅訪問 管理栄養士 氏名

送信先 FAX 049-242-1035 または、
Mail eiyoukanrika@sekishindo.or.jp

社会医療法人社団尚篤会
栄養ケアユニット 赤心堂病院
病院長 市川 誠

訪問栄養食事指導依頼状

患者()様について、訪問栄養食事指導が必要ですので、別紙 様式① 在宅訪問栄養ケア情報提供書兼栄養食事指導指示書を添付して依頼いたします。

なお、貴院所属の管理栄養士が対象者に対して十分な説明を行い、本人・家族等の了解を得たうえで実行可能な指導を開始してください。

患者情報については、担当の介護支援専門員に依頼してください。

コメント：

年 月 日

主治医

医療機関

連絡先 TEL FAX

E-mail