居宅療養管理指導依頼書　兼　情報提供書【保険適応（医療・介護）】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申し込み日：平成　　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名　 | 性別　 |
| 生年月日　 | 年齢　　 |
| 住所 |
| 電話（自宅）　 | 緊急連絡先 |
| 認定情報（認定結果）　　　　　　　　　　（認定期限） |
| 訪問可能日 | 初回平成　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
|  紹介元医療機関　 | 主治医 |
| 電話 |  |  |

【医師指示せん】

ご希望する指導内容をチェックしてください。

（ご希望する報告方法をお選びください。□訪問□Fax□封書□E-mail）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特別食 | □ 糖尿食□腎臓食□肝臓食□胃潰瘍食□膵臓食□痛風食□ 貧血食□脂質異常症食□心疾患に対する減塩食□ 高度肥満症（肥満度40％以上又はBMI30以上）に対する治療食□ 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食□消化器術後に対する潰瘍食□ 特別な場合の検査食（潜血食）□ クローン病・潰瘍性大腸炎による腸管機能低下に対する低残渣食 |  |
| 嚥下 | □嚥下困難な方の食事　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 低栄養　　　□低栄養状態改善の食事（Alb3％以下BMI18.5以下1ヶ月３％3ヵ月５％以上の体重減少食事摂取量7割以下 |  |

 指導内容に関連する項目を記入ください。

|  |
| --- |
| 病名　　　 |
| 服薬 |
| 検査値　　 |
| 身長　　　　　㎝ | 体重　　　　　kg | BMI | 脂肪酸比（SMP=） |
| 指示内容 | 熱量　　　　　kcal | 蛋白質 | 脂質量 | 塩分量 |
| 食事形態　　　ミキサー食 |

 ご利用者様へ重要事項説明書による説明と同意確認後に実施いたします。

（事業所記載）依頼受理日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：