

# 外来栄養食事指導パス(診療情報提供書)



**東戸塚記念病院**

【TEL/FAX】

**045-825-7970**

地域医療連携室

※先にFAXを送って頂いた後に、お電話下さい

年 月 日

( ) 回目

紹介元		紹介元記入	採血結果：添付																									
施設名			注意点：備考																									
紹介医師名		年 月 日																										
紹介患者基本内容		紹介先医療機関	患者評価																									
<table border="1"> <tr> <th>患者氏名</th> <th>紹介目的</th> </tr> <tr> <td>(かた)</td> <td><input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td>(氏名)</td> <td>( )</td> </tr> </table>			患者氏名	紹介目的	(かた)	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他	(氏名)	( )	<input type="checkbox"/> 間食・夜食 <input type="checkbox"/> 欠食 <input type="checkbox"/> 飲酒過多 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 外食・惣菜中心 <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 大食い・早食い																			
患者氏名	紹介目的																											
(かた)	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> その他																											
(氏名)	( )																											
<table border="1"> <tr> <th>生年月日</th> <th>栄養指導内容</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/> エネルギーコントロール <input type="checkbox"/> 減塩</td> </tr> </table>			生年月日	栄養指導内容	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> エネルギーコントロール <input type="checkbox"/> 減塩	<b>問題点</b> <input type="checkbox"/> 食事量過多 <input type="checkbox"/> 不規則な食生活 <input type="checkbox"/> ( )食品過剰 <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 食品の偏り <input type="checkbox"/> 社会的問題 <input type="checkbox"/> 食品の不足																					
生年月日	栄養指導内容																											
<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> エネルギーコントロール <input type="checkbox"/> 減塩																											
患者電話番号			<b>指導内容</b> <input type="checkbox"/> 調理献立技術・知識 <input type="checkbox"/> 嗜好品の適量化 <input type="checkbox"/> 食品選択知識 <input type="checkbox"/> 運動量の見直し <input type="checkbox"/> 食習慣見直し <input type="checkbox"/> 社会・生活支援 <input type="checkbox"/> 継続的支援																									
<table border="1"> <tr> <th>身長</th> <th>体重</th> </tr> <tr> <td>cm</td> <td>kg</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( )</td> </tr> </table>					身長	体重	cm	kg	( )	( )	<b>目標など</b> 年 月 日																	
身長	体重																											
cm	kg																											
( )	( )																											
<table border="1"> <tr> <th>傷病名</th> <th>指示栄養量 (指示栄養量がある部分のみ)</th> </tr> <tr> <td rowspan="6"> <input type="checkbox"/> 糖尿病  <input type="checkbox"/> 脂質異常症  <input type="checkbox"/> 肥満症  <input type="checkbox"/> 腎臓病 ステージ( )  <input type="checkbox"/> 廃用症候群  <input type="checkbox"/> 高尿酸血症  <input type="checkbox"/> 嚥下障害  <input type="checkbox"/> その他                      ( )                 </td> <td>エネルギー量 Kcal</td> </tr> <tr> <td>たんぱく質 g</td> </tr> <tr> <td>脂質 g</td> </tr> <tr> <td>(S:M:P=3:4:3)</td> </tr> <tr> <td>炭水化物(糖質) g</td> </tr> <tr> <td>塩分 g</td> </tr> <tr> <td colspan="2">P:F:C</td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     その他栄養量配分は担当管理栄養士が決めさせていただきます。                 </td> <td colspan="2"> <b>行動変容ステージ</b>  <input type="checkbox"/> 前熟考期 <input type="checkbox"/> 熟考期  <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 行動期  <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 逸脱・再発                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">服薬内容</td> <td colspan="2">備考</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>次回指導予約日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>担当管理栄養士</td> <td></td> </tr> </table>		傷病名	指示栄養量 (指示栄養量がある部分のみ)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 ステージ( ) <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	エネルギー量 Kcal	たんぱく質 g	脂質 g	(S:M:P=3:4:3)	炭水化物(糖質) g	塩分 g	P:F:C		その他栄養量配分は担当管理栄養士が決めさせていただきます。		<b>行動変容ステージ</b> <input type="checkbox"/> 前熟考期 <input type="checkbox"/> 熟考期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 逸脱・再発		服薬内容		備考				次回指導予約日	年 月 日			担当管理栄養士	
傷病名	指示栄養量 (指示栄養量がある部分のみ)																											
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 ステージ( ) <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	エネルギー量 Kcal																											
	たんぱく質 g																											
	脂質 g																											
	(S:M:P=3:4:3)																											
	炭水化物(糖質) g																											
	塩分 g																											
P:F:C																												
その他栄養量配分は担当管理栄養士が決めさせていただきます。		<b>行動変容ステージ</b> <input type="checkbox"/> 前熟考期 <input type="checkbox"/> 熟考期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 逸脱・再発																										
服薬内容		備考																										
		次回指導予約日	年 月 日																									
		担当管理栄養士																										