

FAX送信先

〔029-228-4271〕

公益社団法人茨城県栄養士会 栄養ケア・ステーション 宛

## 管理栄養士派遣依頼書（市町村用）

年 月 日

次のとおり、管理栄養士の派遣を依頼いたします。

## 1 依頼元

市町村・担当課			
責任者（職氏名）			
住 所	〒		
担当者			
TEL		FAX	
E-mail			

## 2 派遣希望内容

派遣日時	不定期	年 月 日（ 曜日）
	単 発	午前・午後 時 分～ 時 分
	定期	毎週 回（ ） 毎月 回（ ）
派遣場所（住所）		
派遣事業担当者		
派遣する管理栄養士数	名	
依頼内容 （該当する番号に ○を付けて下さい）	1 地域ケア会議への参加 2 サービス調整会議への参加 3 住民運営の通いの場での支援 4 低栄養改善、生活習慣病重症化予防教室等での支援 5 個別栄養支援（訪問を含む） 6 その他（ ）	

(栄養ケア・ステーション記入欄)

## 管理栄養士派遣決定通知書

様

年 月 日

年 月 日付でご依頼いただきました件につきましては、下記の者を派遣いたします。

管理栄養士氏名			
住 所			
TEL		FAX	

※日時・場所・内容等の詳細につきまして、直接管理栄養士とお打ち合わせください。

【連絡先】公益社団法人茨城県栄養士会（栄養ケア・ステーション）事務局

TEL 029-228-1089 FAX 029-228-4271

E-mail info@ibarakiken-eiyoushikai.or.jp

## 栄養食事指導報告書

機関名

様

ID		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
指導内容						
病名	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
治療薬	<input type="checkbox"/> 高血圧薬	<input type="checkbox"/> 糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 脂質異常症薬	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病薬	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
病名に 関わる 摂取栄養素 の結果	<input type="checkbox"/> 食塩 ( g/日)	<input type="checkbox"/> カリウム ( mg/日)	<input type="checkbox"/> アルコール ( g/日)	<input type="checkbox"/> 飽和脂肪酸 ( %I補給 -)	<input type="checkbox"/> 総脂質 ( %I補給 -)	
	<input type="checkbox"/> たんぱく質 ( g/日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
職 業						
家族構成	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 娘 ( 人)	<input type="checkbox"/> 息子 ( 人)	<input type="checkbox"/> 兄弟 ( 人)	<input type="checkbox"/> 姉妹 ( 人)	
	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> 義父	<input type="checkbox"/> 義母	<input type="checkbox"/> 祖母
	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
調理担当	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 嫁	<input type="checkbox"/> 娘	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他 ( )
調理熱源	<input type="checkbox"/> ガス	<input type="checkbox"/> 電子レンジ	<input type="checkbox"/> IHヒーター	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
食事準備	<input type="checkbox"/> 献立作成	<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 食費管理	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 盛付	<input type="checkbox"/> 後片付
外出手段	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> 電車	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> タクシー
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
食事時間	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> 不規則 (理由 )				
運動習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 5~6日/週	<input type="checkbox"/> 3~4日/週	<input type="checkbox"/> 1~2日/週 )
	内容 ( )					・ およそ 時間 / 日)
喫 煙	<input type="checkbox"/> 吸っている ( 本 / 日)	<input type="checkbox"/> 吸ったことはない	<input type="checkbox"/> やめた			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )				

指導日 年 月 日

提出日 年 月 日

以上のとおり、報告します。

報告者 管理栄養士

印