

様式1



[029-228-4271]

平成 年 月 日

管理栄養士派遣依頼書 (医療機関用)

公益社団法人茨城県栄養士会 栄養ケア・ステーション 宛

次のとおり申込みます。

1 申込者

医療機関名			
責任者 (職氏名)			
住所		〒	
担当者 (所属部署・職氏名)			
TEL		FAX	
E-mail			

2 派遣希望内容

派遣希望日 (初回)	平成 年 月 日 ()		
派遣希望頻度 (該当に○)	a. 週1回	b. 月2回	c. 月1回
	d. その他 ()		
派遣する管理栄養士人数	1回につき		名

(栄養ケア・ステーション記入欄)

平成 年 月 日

管理栄養士派遣決定通知書

様

平成 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	①氏名	居住市町村:
	②氏名	居住市町村:
	③氏名	居住市町村:
	※上記のうち1回に () 名の派遣をいたします。	

*追って、別添「栄養食事指導実施条件確認書」をご記入のうえ、下記連絡先あてEメールまたはFAXで送信してください。

【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

様式2

FAX送信先

[029-228-4271]

平成 年 月 日

栄養食事指導実施条件確認書 (医療機関用)

公益社団法人茨城県栄養士会 栄養ケア・ステーション 宛

医療機関名

所在地

実施期間	平成 年 月 日 (初回指導日) ~ 半年間 (但し、特に事情がない場合は継続とする) ※2回目以降の指導日時は、派遣管理栄養士と協議し決定する。
依頼頻度 (該当に○)	a. 週1回 b. 月2回 c. 月1回 d. その他 ()
従事時間 (該当に○)	ア. 1日 イ. 午前のみ ウ. 午後のみ
従事業務	医療機関における栄養食事指導
報酬 (金額を記入)	半日 _____ 円 1日 _____ 円 ※参考基準 半日: 5000円以上, 1日: 10,000円以上
交通費	実費支給

(管理栄養士記入欄)

平成 年 月 日

栄養食事指導実施条件承諾書

平成 年 月 日付にて提示されました上記栄養食事指導実施条件について承諾いたします。

管理栄養士氏名 及び連絡先	①氏名	TEL
	②氏名	TEL
	③氏名	TEL

栄養食事指導 指示書兼情報提供書

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
----	--	----	-------------------------------------------------------	------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---

<主治医記入欄>

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()							
身体状況	身長	cm	体重	kg	BMI	血圧	/	mmhg
検査結果 (分かるもののみご記入ください)	総蛋白	g/dl	TG	mg/dl	BUN	mg/dl		
	アルブミン	g/dl	HDL-cho	mg/dl	クレアチニン	mg/dl		
	Hb	g/dl	LDL-cho	mg/dl	HbA1c	%		
所見及び指示内容								

上記のとおり、栄養指導を指示します。

医療機関名 _____

平成 年 月 日

主治医名 _____

<管理栄養士メモ欄>

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()							
本人の生活行為等に関する確認								
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()							
その他								

栄養食事指導 指導報告書

医療機関名 _____

主治医名 _____

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 (%E補給-) <input type="checkbox"/> 総脂質 (%E補給-) <input type="checkbox"/> たんぱく質 (g/日) <input type="checkbox"/> グリセミックインデックス () <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 平成 年 月 日

提出日 平成 年 月 日

以上のとおり、報告します。

報告者 管理栄養士

(印)