

訪問栄養食事指導依頼書

依頼事業所名	依頼者	
電話番号:	FAX番号:	同左
E-mail:		

ご利用者様情報(※わかる範囲で出来るだけご記入ください)

※添付書類等に記入されている情報に関しては記入を省略していただいて結構です。

ふりがな	生年月日	性別	□男性 □女性
氏名	年 月 日(才)		
住所	〒 -	電話	
□ 独居 □ 介護者あり キーパーソン		続柄	
被保険者番号		保険者番号	
要介護認定 □ 要介護( ) □ 要支援( ) □ 申請中(申請日: 月 日)			
有効期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日			
介護保険負担割合 □1割 □2割 □3割		公費負担 □無 □有(種類: )	
身長: cm		体重: kg (年 月時点)	
生活活動 □寝たきり □ベッド以外活動あり			

かかりつけ医療機関名:		受診科	
主治医		電話	
住所	〒 -	FAX	
指示書依頼書送付先	□医師へ直接 □地域医療連携室 □文書係 □その他( )		

※当事業所より指示書の依頼を医療機関にしますので送付先のチェックをお願いします

<p>ご依頼内容 □にチェックをお願いいたします。</p> <p>□治療食に対する食事相談                  □糖尿病 □糖尿病性腎症 □腎臓病 □心臓病 □その他( )</p> <p>□低栄養に対する食事相談                  □食が細い □飲み込みが悪い □痩せてきた □手術後 □癌の副作用 □褥瘡                  □その他( )</p> <p>□どちらに該当するかわからない</p>
--

現在困っている事など具体的にお書きください。書ける範囲で結構です。