医師の指示書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様に対する医師の指示事項　**病　名**　**栄養指導対象の疾患名**　□糖尿病（服薬の有無　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　□腎疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　□嚥下障害　**栄養量の指示**　　　　　□カロリー制限（　　　　　　　Kcal/日）　　　　　　　　　　　　□タンパク質量（　　　　　　g/日）　　　　　　　　　　　　□塩分量（　　　　　　　g/日）　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）　**医師からの指示**　　　　□食事療法□生活習慣全般の見直し　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　〈臨床データ等特記事項〉 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　医師