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