

訪問栄養指導の依頼書

FAX : 098-942-5312

訪問栄養指導のご依頼がありましたら、以下にご記入の上FAXをお送り下さい。

記入日：平成 年 月 日

【ご依頼者情報】

ご施設名	
施設ご住所	
担当者ご氏名	(職種:)
お電話番号	
備考	

【栄養指導対象者情報】

性別	男性 ・ 女性	年齢	
主病名			
ご依頼内容 (ご相談内容)			
所在地(市町村)		電話番号	

訪問栄養指導の対象となる方

- ①厚生労働大臣が定める特別食を必要とする通院が困難な方またはそのご家族

腎臓食 肝臓食 糖尿食 胃潰瘍食 貧血食 膵臓食
脂質異常症食 痛風食 減塩食 低残渣食 高度肥満症食 など

- ②低栄養状態の方

低アルブミンの方 体重減少がある方 嚥下に問題がある方
経管栄養の方の栄養に不安がある方 など

何かございましたら、公益社団法人 沖縄県栄養士会へご連絡下さい。

連絡先：公益社団法人 沖縄県栄養士会

TEL : 098-942-5311

FAX : 098-942-5312

Mail : eiyou47@heart.ocn.ne.jp