〈様式２〉

**別紙７－６**

管理栄養士派遣による栄養改善事業　訪問栄養食事指導依頼票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 | 大正  昭和　　 年　　　月　　 日生  　　　 （　　　　　歳） |
| 住所（居所） | 品川区 | | |
| 身　　長 | ｃｍ | 体　重 | ｋｇ（増加・安定・減少） |
| 栄養指導が  必要な問題点  (疾患名や生活状況など) | (該当する疾患があれば○をつけてください)  糖尿病　腎臓病　脂質異常症　高血圧症　食欲不振    その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  食事制限の内容、生活状況など | | |
| 本人の希望、  不安な事など |  | | |
| 食環境 | 〈食事スタイル〉□家庭 □外食 □惣菜 □配食 □その他（　　　　）  〈調理者〉　　　□本人 □配偶者 □その他（　　　　　　　　　　）  〈生活のパターン（特別なもの）〉 | | |