

FAX番号 059-363-0019

訪問栄養食事指導 お申込み書

お申込日 年 月 日

ふりがな お名前							
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	(歳)	様 男・女
ご住所	〒						
ご連絡先	☎ () —						
お困りごと	※歯のこと・嘔むこと・飲み込むことでお困りのことがありましたら、併せてご記入ください。						
お食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食	ごはん： <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥					
		おかず： <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> ミキサー					
		備考：					
とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)						
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> その他()						
かかりつけ医	医療機関名				医師名		
訪問希望日時	<input type="checkbox"/> 特になし	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	備考
		午前・午後	午前・午後		午前・午後	午前・午後	
ご記入者	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族()						

認定栄養ケア・ステーション

〒510-8014 三重県四日市市 富田 3-1-1 (ふかつ歯科内)

ひとすじ

TEL 059-363-0012 FAX 059-363-0019

(2022年2月作成)