

医療機関・介護関係者の皆様へ

# 管理栄養士による 外来・訪問栄養食事指導の 相談窓口

外来栄養食事指導（医療保険）、在宅療養者や居宅要介護者を対象とする「訪問サービス」（医療保険・介護保険）の相談窓口です。管理栄養士の紹介や雇用契約のサポートをいたします。

## TEL 075-642-7568

受付時間： 平日 午前 10 時～午後 5 時（土日・祝日を除く）

※水曜日には専任相談員（管理栄養士）が常駐しています。

在宅でお食事のことに困っておられる方はいませんか？

- ・糖尿病や腎臓病などの食事管理がうまくいかない
- ・食欲がなく食事量が減ってきた、食事に時間がかかる
- ・食べたり飲んだりするとよくむせる
- ・食べやすい食事、調理の工夫を知りたい
- ・介護者や訪問ヘルパーに食事作りを支援してほしい

医療保険（在宅患者訪問栄養食事指導）・  
介護保険（居宅療養管理指導）の訪問サービス対象となる方



在宅で療養を行っている通院が困難な患者（利用者）であって、医師が厚生労働省で定める特別食を提供する必要性を認めた場合、経管栄養、嚥下困難者のための嚥下食、低栄養状態に対する食事が対象となります。

指導対象は患者（利用者）又はその家族等です。

訪問栄養食事指導をお申込みの場合は、裏面の申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXでお送りください。

公益社団法人 京都府栄養士会

住所：〒612-0029 京都市伏見区深草西浦町一丁目14番地5  
TEL： 075-642-7568 FAX： 075-642-7569

〈送信先〉

京都府栄養士会「栄養ケア・ステーション」宛

FAX 075-642-7569

※番号のかけ間違いにご注意ください。

訪問栄養食事指導申込書

申込日：平成 年 月 日

医療機関名		電話	—	—
医師名		FAX	—	—
住所	〒			

患者氏名	男・女	生年月日（明・大・昭） 年 月 日 （年齢 歳）
介護認定を受けている患者様の場合、担当ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業などの事業所名及び連絡先をご記入ください。		
事業所名 _____		
担当ケアマネジャー氏名 _____		
連絡先（電話番号） — — _____		

現在の主たる病名	
依頼したい事項	・ 食事指導（治療食） ・ 調理指導 ・ その他（ ）
世帯状況	・ 単身世帯 ・ 高齢者世帯（同居者含む） ・ その他（ ）
その他特記事項	

訪問栄養食事指導申込受理票

平成 年 月 日

様（医療機関名）

訪問栄養食事指導をお申込みいただきありがとうございます。  
上記の申込を受理いたしました。追って、京都府栄養士会「栄養ケア・ステーション」担当者からご連絡をいたします。