

(公社)高知県栄養士会長 様

医療機関名	
管理栄養士名	

[問い合わせ先]

TEL:

FAX:

E-mail:

外来栄養食事指導実施報告書

4～6月・7～9月・10～12月・1～3月の報告書を提出します。(該当期間を○囲み)

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
①	外来栄養食事指導件数													0
②	うち糖尿病患者の指導件数(再掲)													0
病 診 再 連 携	③ ①のうち栄養指導目的の紹介患者数(再掲)													0
	④ ③のうち糖尿病患者数(再々掲)													0
	⑤ ②のうち診療紹介患者への栄養食事指導件数(再々掲)													0

《留意事項》

- ◎ 提出期限:期間ごとの件数を7月10日、10月10日、1月10日、4月10日までに(公社)高知県栄養士会に提出してください。(FAX、郵送、メール)
- ◎ 診療報酬を請求していない場合も計上し、過去のデータを消さずに追記してください。
- ◎ 糖尿病患者に対する外来栄養食事指導指示があった場合には、病診連携による紹介患者であるか否かを必ず確認し、件数をカウントしてください。
- ※ ① 外来栄養食事指導件数をすべてをカウントする。
- ※ ② 外来栄養食事指導のうち、糖尿病患者に対する栄養食事指導件数を再掲する。
- ※ ③ 栄養指導目的の紹介患者数は、紹介元の医師から栄養食事指導の依頼を含めて紹介された場合にカウントする。糖尿病患者以外も場合も含む。
- ※ ④ ③のうち糖尿病患者を再掲する。
- ※ ⑤ 診療紹介患者への栄養食事指導件数は、診療紹介患者(糖尿病患者)に対して貴院の医師が必要と判断し、栄養食事指導指示を出した場合にカウントする。

(公社)高知県栄養士会事務局(開局日:平日 9:00～17:00 祝日休み)
〒780-0850 高知県高知市丸ノ内1丁目7-45 総合あんしんセンター 2階
Tel:088-872-9411 Fax:088-855-5754 E-mail:info@ejyotosa.jp