

別紙

公益社団法人岩手県栄養士会事務局 あて FAX:019-625-3707

E-mail:i-dietitian2@iwate-eiyoshikai.or.jp

岩手県食形態分類標準化推進事業 訪問指導サポート依頼書

病院・施設名	
担当科(室)名	
施設等の住所	〒 - 岩手県
連絡のつく電話番号	
ご担当者の職・氏名	
ご担当者のアドレス	

① 指導方法	ア 訪問指導 イ オンラインによる指導		
② 希望する月日	第1希望 期日: 月 日() 時間: 時~ 時	第2希望 期日: 月 日() 時間: 時~ 時	第3希望 期日: 月 日() 時間: 時~ 時
③ 重点サポート 該当するものを○ で囲む	ア 嚥下調整食の選択(嚥下・咀嚼状態の判定、ミールラウンド判定など) イ 嚥下調整食の調理 (物性、とろみ、食材選び、増粘剤選び、嚥下調整食用食材の活用) ウ 栄養ケア・マネジメントのすすめかた エ 「栄養管理情報提供書」の書き方 オ 他職種との連携、役割分担などのノウハウ カ 「安全に食べるための栄養・食生活アドバイス」の書き方 キ 在宅復帰にむけたその他の情報提示 ク その他(自由記載)		
④ その他の連絡 事項			

【訪問指導サポートについて】

- 1 目的/本事業の推進にかかる各種内容についてスムーズな実施が図れるよう、実務経験豊富な指導マスターを派遣し、各施設の実情、ニーズに応じた、より具体的な指導、情報提供をいたします。概ねの内容は、上記③のとおりであり、その他の要望についてはできるだけサポートできるよう対応します。
- 2 指導方法/直接訪問ではなく、オンラインによる指導を希望される場合は、①に回答してください。
- 3 経費負担/訪問サポートにかかる経費(旅費、報償費、指導資料の準備等)は栄養士会が負担します。
- 4 指導内容により、貴施設の調理室に入室する場合がありますが、派遣者は検便等は実施しております。