

在宅栄養ケアを希望される方を募ります（無料）

（公社）大阪府栄養士会では、在宅で療養されている方の栄養・食生活の改善を図り、A D L・Q O Lの低下を防止する目的で、平成 28 年度も在宅栄養ケア（栄養評価・栄養計画など）をモデル事業として、無料で実施することになりました。

つきましては、在宅での栄養ケアを希望される方は、別紙の申込書に必要事項をご記入いただき、郵送またはF A Xで（公社）大阪府栄養士会まで申し込みください。当方から連絡させていただき、日程等を調整したうえで栄養ケアを実施したいと思います。

なお、希望者多数の場合は、当方で対象者様を決定させていただきます。また、栄養ケアを担当いたします管理栄養士は（公社）大阪府栄養士会の会員で、在宅栄養ケアに関する知識や技術を習得し、経験ある管理栄養士です。

募集件数：20件(20件になりましたら、締め切らせていただきます。)

申込締切：平成29年 2 月28日(火)

<送り先>

（公社）大阪府栄養士会

住所:大阪市中央区大手前1-6-8 光養ビル 8 階

電話:06-6943-7970（平日 10:00~18:00）

FAX:06-6943-7670

※「地域ケア会議」等、ご担当のみなさまへ

各市町村で行われています「地域ケア会議」等にも参加させていただきますので、別途、電話又はF A Xでご連絡ください。

在宅栄養ケア申込書・ケア記録

平成 年 月 日

申込者氏名

住 所

電話番号

太枠の中をご記入ください。

ケア対象者	年齢・性別	歳	男 ・ 女
	要介護認定の状況	有り : 要支援 ・ 要介護度 (1 2 3 4 5) 無し : 自立 ・ その他 ()	

相談内容	
対象者に関する注意事項	
現状病歴	病歴
	現症
	検査所見

(以下は記入しないでください。)

栄 養 ケ ア 内 容 ・ 記 録 (指導者が記録する)			
ケア対象者氏名 生年月日	年 月 日生	介護者氏名 (続柄)	()