

経口移行(指示書)

令和 年 月 日

医師 _____

経口移行による食事の摂取をすすめるための栄養管理及び支援が必要である。

氏名	性別	生年月日
	様 男	年 月 日
<注意事項及び禁忌事項>		

管理栄養士: