

栄養指導依頼書

提出先 : 太田西ノ内病院
 地域医療連携室
 電話番号 : 024-925-8828
 ファクス番号 : 024-925-8829

医療機関名
 電話番号
 ファクス番号
 医師名

フリガナ	生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日		
患者氏名	年齢: 歳	性別: 男・女	
身体状況	身長: cm	体重: kg	
今回の栄養指導 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降			
希望日時(希望がある場合) 年 月 日 午前・午後 (時頃)			

栄養指導指示病名

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 肥満症
<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 肝臓・胆疾患	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 胃術後	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> がん
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> その他()	

目標体重
 ()kg

指示栄養量

エネルギー()Kcal/日
管理栄養士に適正な栄養量を算出させる

その他指導項目(ある場合のみ)

塩分制限(6g未満) カリウム制限 リン制限 水分制限
その他() タンパク質制限 ()g/日
 ※標準的タンパク質制限(g/日) = 目標体重(kg) x 0.8~1.0

自施設での指導状況

禁酒飲酒(あり、なし) 運動指導(あり、なし) その他()

◆検査データを添付または、下記入力願います。

検査値(検査日)	月	日
血圧	mmHg	
<input type="checkbox"/> 空腹時/ <input type="checkbox"/> 随時血糖	mg/dl HbA1c	%
総コレステロール	mg/dl HDL-C	mg/dl
中性脂肪	mg/dl 尿酸	mg/dl
BUN	mg/dl クレアチニン	mg/dl
カリウム	mg/dl タンパク尿	定性
AST	IU/l ALT	IU/l
γ-GTP	IU/l ヘモグロビン	g/dl

※個人情報保護法にもとづき、上記以外にこの情報を使用することはありません。