

栄養食事指導依頼票

送 信 先 : ひだか病院 (紹介元)
患者支援センター 医療機関名 :
電 話 番 号 : 0738-24-1786 住 所 :
FAX 番 号 : 0738-24-2007 電 話 番 号 :
FAX 番 号 : FAX 番 号 :
医 師 名 :

フリガナ		生年月日：大 昭 平 令	年	月	日
患者氏名		年 齢：	歳	性 別：	男 女

希望日時	第一希望	月	日 (曜日)	午前	・	午後
	第二希望	月	日 (曜日)	午前	・	午後

栄養食事指導指示病名

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 糖尿病 | ☐ 脂質異常症 | ☐ 高血圧症 | ☐ 心臓病 |
| ☐ 腎臓病 | ☐ 肝臓疾患 | ☐ 膵臓疾患 | ☐ 胃潰瘍 |
| ☐ 貧血 | ☐ がん | ☐ 低栄養 | ☐ 摂食嚥下障害 |
| ☐ 肥満症 | ☐ その他 () | | |

指示栄養量

エネルギー	たんぱく質	その他
☐ 1200kcal ☐ 1400kcal ☐ 1600kcal ☐ 1800kcal ☐ 2000kcal ☐ (kcal)	☐ 30g ☐ 40g ☐ 50g ☐ 60g ☐ 70g ☐ (g)	☐ 塩分制限 (6g未満) ☐ カリウム制限 ☐ 脂質制限 (g) ☐ 水分制限 (ml) ☐ その他 ()
☐ 管理栄養士に適正な栄養量を算出させる		

指導に関する情報

☐ 飲酒 (可・不可)	☐ 運動 (可・不可)
------------------------------------	------------------------------------

身体状況	身長：	cm	体重：	kg
検査データ (月 日)	HbA1c	%	血糖 (空腹時 ・ 随時) mg/dl	
	LDL-Cho	mg/dl	HDL-Cho	mg/dl
	BUN	mg/dl	Cre	mg/dl
☐ 別紙あり	AST(GOT)	IU/l	ALT(GPT)	IU/l
	K	mEq/l		

その他・指導内容・注意事項