

# 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 :  
 医 師 名 :

フリガナ	生年月日: 大 昭 平 令 年 月		
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			
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 心臓病
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害
<input type="checkbox"/> 肥満症	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

指示栄養量		
エネルギー	たんぱく質	その他
<input type="checkbox"/> 1200kcal	<input type="checkbox"/> 30g	<input type="checkbox"/> 塩分制限 (6g未満)
<input type="checkbox"/> 1400kcal	<input type="checkbox"/> 40g	<input type="checkbox"/> カリウム制限
<input type="checkbox"/> 1600kcal	<input type="checkbox"/> 50g	<input type="checkbox"/> 脂質制限 ( g)
<input type="checkbox"/> 1800kcal	<input type="checkbox"/> 60g	<input type="checkbox"/> 水分制限 ( ml)
<input type="checkbox"/> 2000kcal	<input type="checkbox"/> 70g	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> ( kcal)	<input type="checkbox"/> ( g)	( )
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 飲酒 (可・不可)	<input type="checkbox"/> 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	TG mg/dl
<input type="checkbox"/> 別紙あり	BUN mg/dl	Cre mg/dl	eGFR ml/min
	AST (GOT) IU/l	ALT (GPT) IU/l	Hb g/dl
	K mEq/l		

その他・指導内容・注意事項