

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 栄養指導依頼書

医療法人社団相和会

刈野辺総合病院

メディカルサポートセンター 医療連携係宛

TEL：042-754-3302

FAX：042-754-3323

|                 |
|-----------------|
| 紹介元             |
| 住所              |
| 医療機関名           |
| 医師名             |
| TEL - - FAX - - |

|              |      |   |    |     |
|--------------|------|---|----|-----|
| フリガナ<br>患者氏名 | 生年月日 | 年 | 月  | 日   |
|              | 年齢   | 歳 | 性別 | 男・女 |

|              |   |  |                               |
|--------------|---|--|-------------------------------|
| 身体情報         | 身長： _____ c m   | 体重： _____ k g  | (測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) |
| 栄養指導<br>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<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養<br><input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症 ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 妊婦体重コントロール ( _____ 週)<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |  |                               |
| 指示栄養量        | 熱量  | <input type="checkbox"/> 1200kcal/日 <input type="checkbox"/> 1400kcal/日 <input type="checkbox"/> 1600kcal/日 <input type="checkbox"/> 1800kcal/日<br><input type="checkbox"/> 2000kcal/日 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ kcal/日)<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士に適正なエネルギー量を一任致します |                               |
|              | 食塩  | <input type="checkbox"/> 6 g 未満/日 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ g 未満/日)   |                               |
|              | 水分  | <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり ( _____ ml/日)  |                               |
|              | 他   | <input type="checkbox"/> たんぱく質制限あり ( _____ g/日)<br><input type="checkbox"/> カリウム制限あり ( _____ mg/日)<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )   |                               |
| 備考           |   |  |                               |

- ◆血液検査データを添付してください。
- ◆内服薬のある方は内服薬の内容を添付してください。
- ◆妊婦の方は母子手帳を持参してください。