

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 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 _____ 月 _____ 日)
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"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症 ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 妊婦体重コントロール ( _____ 週) <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 <input type="checkbox"/> 2000kcal/日 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ kcal/日) <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) <input type="checkbox"/> カリウム制限あり ( _____ mg/日) <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。