

# 栄養指導依頼用紙

令和 年 月 日

送信先: 県立吉田病院患者サポートセンター  
 FAX 0256-92-7606  
 TEL 0256-92-5111(内線 327)  
 指導内容等お問い合わせ先: 栄養課  
 TEL 0256-92-5111(内線 422)

医療機関名

住所

TEL

FAX

医師名

|      |                      |    |     |
|------|----------------------|----|-----|
| ふりがな | 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 |    |     |
| 患者氏名 | 年齢 歳                 | 性別 | 男・女 |

以下の項目に☑および記入してください。

- 今回の栄養指導  新規  指導内容の変更  再指導
- 希望がある場合 希望日時 (令和 年 月 日 午前・午後 時)
- 栄養指導関連病名 ( ) ( )
- 指導項目
 

|                                  |                                 |                                  |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病・肥満食 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 | <input type="checkbox"/> 腎臓病     |
| <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病 | <input type="checkbox"/> 胃術後食   | <input type="checkbox"/> 透析食     |
| <input type="checkbox"/> 貧血食     | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食   | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
- 指示内容及び身体計測

① 指示内容 熱量 \_\_\_\_\_ kcal 蛋白質 \_\_\_\_\_ g 脂肪 \_\_\_\_\_ g  
 塩分 \_\_\_\_\_ g 水分 \_\_\_\_\_ ml カリウム \_\_\_\_\_ mg その他 \_\_\_\_\_

② 指示熱量等は管理栄養士が算出 ( 可 ・ 不可 )  
 (熱量等の記入がない場合は身体計測値等から管理栄養士が指示量を決定させていただきます。)

③ 身体計測 (身長 \_\_\_\_\_ cm) (体重 \_\_\_\_\_ kg)

④ 検査値 必要検査項目を記入または別紙検査データを添付願います。

|       |       |        |       |  |  |
|-------|-------|--------|-------|--|--|
| 空腹時血糖 | mg/dl | クレアチニン | mg/dl |  |  |
| HbA1c | %     | BUN    | mg/dl |  |  |
| LDL-c | mg/dl | カリウム   | mg/dl |  |  |
| HDL-c | mg/dl | 尿酸     | mg/dl |  |  |
| 中性脂肪  | mg/dl | 血色素量   | g/dl  |  |  |

⑤ その他栄養指導に関連する情報がありましたらご記入願います。

( )