

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 0256-92-5120

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〔 〕〔 〕
 - 糖尿病・肥満食 脂質異常症食 腎臓病
 - 高血圧・心臓病 胃術後食 透析食
 - 貧血食 胃潰瘍食 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。

〔 _____ 〕