

栄養指導依頼書

記入日： 年 月 日

送信先：済生会小樽病院

医療機関名：

電話番号：(0134)21-3019

医師名：

FAX番号：(0134)21-3016

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
患者氏名		年齢：	歳	性別：	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
今回の栄養指導	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 指導内容の変更	<input type="checkbox"/> 再指導			
希望日時(希望がある場合)	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	(時頃)

指導内容

<input type="checkbox"/> 糖尿病【 kcal】	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 脂肪肝
<input type="checkbox"/> 透析食	<input type="checkbox"/> 腎臓食	<input type="checkbox"/> 減塩食
<input type="checkbox"/> 胃切除後食	<input type="checkbox"/> 肝臓食	<input type="checkbox"/> 高血圧食
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食	<input type="checkbox"/> 膵臓食	<input type="checkbox"/> 痛風
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 高度肥満症【BMI30以上】	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症
エネルギー kcal	タンパク質 g	脂質 g
炭水化物 g	塩分 g	水分 g
カリウム mg	ナトリウム mg	

その他

以下の栄養量をご参考下さい

主な対象疾患	エネルギー(kcal)	たんぱく質(g)	脂質(g)	糖質(g)
糖尿病・肥満症・脂質異常症(高TG血症) 過栄養性脂肪肝・痛風 肝臓病(肝硬変非代償期)	1200	55	30	180
	1400	60	35	210
	1600	70	40	240
	1800	75	45	270
	2000	80	50	305
高LDL-c血症・脂肪肝	1400	55	20	250
	1600	60	30	270
	1800	70	30	310
腎臓病・糖尿病性腎症・ネフローゼ症候群 肝臓病(肝硬変代償期)	1400	40	40	220
	1600	40	45	260
		50	45	250
	1800	50	50	290
		60	50	280

身体計測

計測日：	月	日
身長	cm	体重
		kg
標準体重	kg	BMI

投薬内容

経口糖尿薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	インスリン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	降圧薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
脂質異常症薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ワーファリン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	