

# 栄養指導依頼書(見本)

記入日：2015年 7月 23日

医療機関名：小樽クリニック

医師名：運河 次郎

送信先：済生会小樽病院

電話番号：(0134)21-3019

FAX番号：(0134)21-3016

フリガナ	オタル タロウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	10年 1月 1日
患者氏名	小樽 太郎	年齢	80歳	性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

今回の栄養指導  初回  指導内容の変更  再指導

希望日時(希望がある場合) 平成 年 月 日  午前 ・  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"/> 脂吐吐			
<input type="checkbox"/> 透析食	<input type="checkbox"/> 腎臓食	火曜日、水曜日午前もしくは金曜日午後 のいずれかで日程調整して下さい。			
<input type="checkbox"/> 胃切除後食	<input type="checkbox"/> 肝臓食	<input type="checkbox"/> 高血圧長			
<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	1200kcal	タンパク質	55g	脂質	30g
炭水化物	180g	塩分	g	水分	
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(血症)	1200	55	30	180
過栄養性脂肪肝・痛風	1400	60	30	210
肝臓病(肝硬変非代償期)	1600	70	40	240
	1800	75	45	270
	2000	80	50	305
高	1400	55	20	250
記入例 糖尿病でエネルギー量が1200kcalの場合。	1600	60	30	270
	1800	70	30	310
	1400	40	40	220
腎臓病・糖尿病性腎症・ネフローゼ症候群	1600	40	45	260
肝臓病(肝硬変代償期)		50	45	250
	1800	50	50	290
		60	50	280

身体計測					
計測日： 7月 10日					
身長	160cm	体重	70kg	標準体重	kg
				BMI	

投薬内容					
経口糖尿薬	<input checked="" 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 checked="" 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		