診療情報提供書 兼 栄養指導依頼書

記入日:　　年　　月　　日

医療機関名

医療法人共立会　共立会病院　宛

(FAX 079-431-4700)

予約日

年　　月　　日　　:　　～

紹介元医療機関		
	住所	
	医療機関名	
	医師氏名	㊞
	電話番号	
	FAX	

ふりがな 患者氏名	男 ・ 女		
生年月日	M　T　S　H　　年　　月　　日　（　　）歳		
住所		電話番号	

症状経過 治療経過 現在の処方等	

身体計測	身長	体重			血圧
	cm	kg			/
検査値 検査日 (　/　) ＊検査データ添付でも可	アルブミン	ヘモグロビン	中性脂肪	LDL－C	HDL－C
	g/dl		mg/dl	mg/dl	mg/dl
	HbA1C	空腹時血糖	クレアチニン	BUN	カリウム
	%	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mEq/l

栄養指導関連病名	
指導食種	☐ 糖尿病　☐ 肥満症　☐ 脂質異常症　☐ 腎臓病 ☐ 高血圧　☐ 低栄養　☐ 嚥下調整食 ☐ その他(　　)

指示内容　（下記以外の蛋白質、脂質、炭水化物のg指示や、その他栄養素の指示は『その他』欄への記入お願い致します。）

主な対象疾患	チェック欄	エネルギー(kcal)	蛋白質(g)	脂質(g)	炭水化物(g)
糖尿病・肥満症・脂質異常症など（一般的な熱量構成）	☐	1200	50	30	180
	☐	1400	55	35	210
	☐	1600	60	40	240
	☐	1800	65	45	270
	☐	2000	70	50	300
腎臓病食	☐	1400	30	40	230
	☐	1600	40	40	270
	☐	1800	50	45	300

高血圧	チェック欄	食塩(g)
あり	☐	6
なし(男)	☐	8
なし(女)	☐	7
その他		

目標	患者様と相談した目標がありましたらご記入下さい。