

地域連携 栄養指導 依頼書

宛先 社会医療法人 愛仁会 井上病院 地域医療連携室 FAX:06-6368-7440 TEL:06-6386-7441

愛仁会 井上病院

科

医師

医療機関 紹介元	住所	
	医療機関名	
	医師氏名	
	電話番号・FAX	TEL _____ FAX _____

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大	年 月 日 歳
	今回の栄養指導依頼は、 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 指導内容の変更			

☐はチェックしてください。

栄養指導指示病名 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他()				
検査項目	身長	cm	体重	Kg
指示栄養量(指示がなければこちらで算出します)→ エネルギー量 _____ kcal たんぱく量 _____ g 脂質 _____ g 水分制限 _____ ml/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限(6g未満) <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> その他 ()				

検査値 (検査日)		平成	年	月	日	※可能な範囲で、検査データ添付でもかまいません		
HbA1c		%	空腹時血糖		mg/dl	食後血糖		mg/dl
BUN		mg/dl	Cr		mg/dl	カリウム		mEq/l
eGFR			尿蛋白定性	-・±・+・2+以上		T-cho		mg/dl
TG		mg/dl	LDL-c		mg/dl	HDL-c		mg/dl
UA		mg/dl	TP		g/dl	Alb		g/dl
Hb		g/dl	AST		IU/L	ALT		IU/L
γGTP		IU/L						

処方	食事のみ・経口糖尿病薬・インスリン・降圧剤・利尿剤・高脂血症用剤など
----	------------------------------------

指導の重点としての項目や目標がございましたらご記入ください。
