

地域連携栄養指導依頼票

平成 年 月 日

医療機関名

上都賀総合病院

糖尿病センター 担当医 宛

地域連携栄養指導を申し込みます。

紹介元 医療機関	住 所	
	医療機関名	
	医師氏名	⑩
	電話番号	- -
	FAX	- -

下記の該当欄にご記入の上、患者支援センター(PFM)地域医療連携担当(FAX 0289-63-5261)までお願いします。
(この依頼票をもって紹介状とさせていただきますので、封筒に入れて当日患者さんに持参させてください。)

指導予約日 : 平成 年 月 日 時 分

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()歳
住 所	TEL - -	職 業	

【主病名】 (該当の項目すべてに をしてください)
 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 その他()

【検査項目】
 身長 : () cm BMI : () kg/m²
 体重 : 現在()kg → 目標()kg
 腹 囲 : 現在()cm → 目標()cm
 収縮期/拡張期血圧 : () / () mmHg

【血液検査項目】 (H . /) (※検査データ添付でも可)
 血糖 : mg/dl (空腹時 ・ 食後) HbA1c : %
 Tcho : mg/dl HDL-cho : mg/dl LDL-cho : mg/dl
 T G : mg/dl T P : g/dl A l b : g/dl
 BUN : mg/dl 尿酸 : mg/dl C r e : mg/dl

【指示栄養量】
 エネルギー kcal 蛋白 g 塩分 g

【現在の処方】 (該当の項目すべてに をしてください)
 食事のみ 経口糖尿病薬 インスリン 降圧剤 利尿剤 その他()

【指導方法】 (該当の項目すべてに をしてください)
 本人のみの栄養指導 家族とともに栄養指導 家族のみの指導

【指導内容】 (指導の重点としての項目すべてに をしてください)
 食事療法の基本 栄養素について 適正エネルギーについて
 宅配食について 肥満の食事療法 食事記録の評価
 治療上の禁止食品(酒・グレープフルーツ・ビタミンK含有食品)

【達成目標】 患者さんと相談した目標がありましたらご記入ください。

【行動目標】 患者さんと相談した目標がありましたらご記入ください。

【問題点】