

地域連携栄養指導依頼票

年 月 日

医療機関名

上都賀総合病院

内分泌代謝内科 担当医 宛

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

地域連携栄養指導を申し込みます

下記の該当欄にご記入の上、診療部栄養科 地域連携栄養指導担当(FAX 0289-62-5698)まで、FAXをお願いします。
(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まに持参させてください。)

指導予約日 : 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】 (年 月 日) (※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】 患者さま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】 患者さまと相談した目標がありましたらご記入ください

【問題点】

ID () ※記入不要

JAかみつが厚生連 上都賀総合病院