

栄養食事指導依頼箋

高島市民病院
地域連携室宛 FAX0740-36-2227

依頼医

依頼日 令和 年 月 日

患者氏名		指導食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食
生年月日	T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 脂質異常食	<input type="checkbox"/> 肝臓病食
年齢	歳		<input type="checkbox"/> 高血圧食	<input type="checkbox"/> 膵臓病食
主病名			<input type="checkbox"/> 心臓病食	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食
合併症			<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患食	<input type="checkbox"/> その他
処方内容				

★臨床経過ならびに管理栄養士への連絡事項を記載下さい

指示栄養量	患者データ(年 月 日)
エネルギー _____ kcal	身長 _____ cm HbA1c _____ %
蛋白質 _____ g	体重 _____ kg 中性脂肪 _____ mg/dl
脂質 _____ g	BMI _____ kg/mm ² HDL _____ mg/dl
炭水化物 _____ g	血圧 _____ / _____ mmHg LDL _____ mg/dl
塩分 _____ g 未満	血糖値 _____ mg/dl その他
その他	※検査データ表添付の場合は記載不要です