

栄養・食事指導依頼書

年 月 日記入

依頼医療機関名		担当医師		希望栄養指導種類	
氏名(フリガナ)		男	生年月日 (M・T・S・H)		エネルギー集団
		女	年	月	日
			才		塩分集団
					個別
一日の総エネルギー		蛋白	脂質	塩分	その他
kcal (単位)		g	g	g	
身長	体重	標準体重	BMI	内服 有・無	
cm	kg	kg		(種類)	
検査値	血糖空腹時	T-CHO	UN	AST	薬歴
	血糖2時間値	LDL-C	Cr	ALT	
	HbA1c	HDL-C	UA	γ-GTP	
	尿糖	TG	K	その他	
	尿蛋白		尿蛋白		
		検査日 ()		インスリン 有・無 (種類)	
医師記入欄	病態		食事状況		
	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	朝 (:)		
	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂肪肝	昼 (:)		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症	<input type="checkbox"/> 高血圧	夕 (:)		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	煙草 本/日・吸わない		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害	<input type="checkbox"/> 肥満	アルコール		
	<input type="checkbox"/> 指導上の注意		食		
看護記録	職業		飲料		
	家族構成		習		
	調理担当者 本人・妻・その他		その他		
	運動習慣 有・無		好き嫌い		
その他特記事項	栄養指導歴 初回・回目		味付け 濃い・薄い・普通		
			外食 する・しない		
		間食 する・しない			