

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							
患者氏名(フリガナ)		男・女		年 月		日生 歳			
指示栄養量・指導内容	エネルギー	たんぱく質	脂質	塩分	その他		身長	体重	BMI
	kcal	g	g	g			cm	kg	
病態	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病 :合併症 <input type="checkbox"/> 網膜症(単純・増殖前・増殖) <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 期 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> CKD 病期:G A <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> その他既往症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症						指導上の注意		
							薬歴情報 <input type="checkbox"/> 別紙あり		
検査データ	検査日	月	日	<input type="checkbox"/> 別紙あり		食事状況			
	血糖空腹時	T-CHO		UA		朝 ( : )			
	血糖2時間値	LDL-C		K		昼 ( : )			
	HbA1c	HDL-C		AST		夕 ( : )			
	尿糖	TG		ALT		間食 する・しない 毎日・回/週・回/月			
	尿蛋白	UN		γ-GTP		外食 する・しない 毎日・回/週・回/月			
	尿アルブミン	Cr				味付け 濃い・薄い・普通			
	血圧	eGFR				好き嫌い			
看護記録	職業				飲料 1日飲水量 ml				
	家族構成				水・お茶・炭酸飲料・コーヒー(砂糖入・なし) その他				
	調理担当者 本人・妻・その他				アルコール 毎日・機会飲酒・飲まない				
	運動習慣 有・無				ビール・日本酒・焼酎・ワイン				
	栄養指導歴 あり・なし				その他				
	※ありの場合、いつ頃・どこで				1回量( )				
	その他				煙草 本/日・吸わない				
その他特記事項					その他				