

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
	kcal	g	g
	塩分	その他	身長 体重 BMI
	g		cm kg
病態		指導上の注意	
<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		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 血糖2時間値 LDL-C K HbA1c HDL-C AST 尿糖 TG ALT 尿蛋白 UN γ-GTP 尿アルブミン Cr 血圧 eGFR	朝 (:) 昼 (:) 夕 (:) 間食 する・しない 毎日・回/週・回/月 夕食 する・しない 毎日・回/週・回/月 味付け 濃い・薄い・普通 好き嫌い 飲料 1日飲水量 ml 水・お茶・炭酸飲料・コーヒー(砂糖入・なし) その他 アルコール 毎日・機会飲酒・飲まない ビール・日本酒・焼酎・ワイン その他 1回量() 煙草 本/日・吸わない その他	
看護記録	職業		
	家族構成		
	調理担当者 本人・妻・その他		
	運動習慣 有・無		
	栄養指導歴 あり・なし ※ありの場合、いつ頃・どこで		
	その他		
その他特記事項			