

診療情報提供書(兼)外来栄養指導依頼票

塩田記念病院 栄養指導担当医 宛

令和 年 月 日

診察・栄養指導予約日			
令和	年	月	日 ()
診察時間	:		
栄養指導予約時間	:		
* 栄養指導予約時間は目安です。診察後にご案内します。			

医療機関名

医師名

印

TEL

—

—

FAX

—

—

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
住所	〒	電話番号 - -		
		携帯番号 - -		
塩田記念病院 受診歴 有 (診察券ID) 無 ・ 不明				
身体状況	身長 cm	体重 kg	BMI kg/m ²	血圧 / mmHg
病名 症状等	糖尿病(I型・II型) ・ 脂質異常症 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 慢性腎不全 ・ 透析 ・ 肥満 ・ 低栄養 高尿酸血症 ・ 肝臓病 ・ 貧血 ・ 摂食嚥下機能低下 ・ その他()			
既往症・家族歴 経過・現在の処方等				

下記の指示内容にて指導を依頼する。
(指示内容は下記にご記入ください)

指示内容は塩田記念病院担当医に一任する。

指示栄養量			
エネルギー(kcal)	1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ 2000 ・ その他()		
食塩制限(g)	無 ・ 有 → 食塩 g		
たんぱく制限(g)	30 ・ 40 ・ 50 ・ 60 ・ その他()		
脂質制限 g	水分制限 ml	カリウム制限 mg	
その他			
連絡事項	・飲酒 可 (目安) ・不可		備考
	・運動 可 (目安) ・不可		
	・減量指導		
	・食事の目標・動機づけ等		
	・食習慣の改善		
・その他 ()			