

# 栄養指導依頼箋

(ID )

患者氏名 東香里 太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	病名 糖尿病性腎症3a期	IDは当院で記載しますので空欄をお願いします。
生年月日 1950年 9月 18日	年齢 72歳		
身長 160 cm 体重 60 kg			
検査データ (測定日:2023年 7月 1日)	<input type="checkbox"/> 別添あり		
血圧 140/90 mmHg	AST 20 IU/L	Cre 3.2 mg/dl	
ALB 4.0 g/dl	ALT 20 IU/L	BUN 30 mg/dl	
血糖値 120 mg/dl ( <input checked="" type="checkbox"/> 空腹・随時)	TG 200 mg/dl	eGFR 50	
HbA1c 7.0 %	HDL-C 100 mg/dl	K 5.1 mEq/L	
GA 20 %	LDL-C 100 mg/dl	P 3.4 mg/dl	
	UA 3.0 mg/dl	尿蛋白 (- ± <input checked="" type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+)	

指示内容		該当項目を選択ください。		<input checked="" type="checkbox"/> 継続して栄養指導を希望する	
<input type="checkbox"/> 減塩食	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿食	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	<input type="checkbox"/> 腎臓食		
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 食品交換表使用	<input type="checkbox"/> 高LDL	<input type="checkbox"/> 透析導入あり		
<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> カーボカウント使用	<input type="checkbox"/> 低HDL	<input type="checkbox"/> 腹膜透析		
	<input checked="" type="checkbox"/> 腎症あり	<input type="checkbox"/> 高TG	<input type="checkbox"/> 血液透析		
<input type="checkbox"/> 肝臓食	<input type="checkbox"/> 脾臓食	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍・十二指腸潰瘍食	<input type="checkbox"/> 痛風食		
<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> 低残渣食	<input type="checkbox"/> 貧血		
<input type="checkbox"/> 回復期	<input type="checkbox"/> 代償期	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/> 低栄養		
<input type="checkbox"/> 慢性期	<input type="checkbox"/> 非代償期	<input type="checkbox"/> クロウン病	<input type="checkbox"/> 嚥下障害		
	<input type="checkbox"/> BCAA製剤付加あり		(コード: )		

指示量 ※ 指示量に選択がない場合、各病態の診療ガイドラインに沿って指導実施します。

【エネルギー】	【タンパク質】	【脂質エネルギー比】	【塩分】	【その他】
<input type="checkbox"/> IBW×20kcal	<input type="checkbox"/> IBW×Pro0.6g	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input checked="" type="checkbox"/> K制限あり
<input type="checkbox"/> IBW×25kcal	<input checked="" type="checkbox"/> IBW×Pro0.8g	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 7g未満	<input type="checkbox"/> K制限なし
<input type="checkbox"/> IBW×27kcal	<input type="checkbox"/> IBW×Pro1.0g	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 6g未満	<input type="checkbox"/> P制限あり
<input type="checkbox"/> IBW×30kcal	<input type="checkbox"/> IBW×Pro1.2g	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 5g未満	<input type="checkbox"/> P制限なし
<input type="checkbox"/> IBW×35kcal	<input type="checkbox"/> IBW×Pro( )g	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> ( )g	<input type="checkbox"/> 水分制限
<input type="checkbox"/> IBW×( )kcal				<input type="checkbox"/> 水分摂取

上記以外の指示内容の場合、こちらにご記入ください。  
一人暮らしのため、宅配食を紹介してください。

医療機関名 ○○内科クリニック	指示医師名 内科 太郎
	TEL 072 - 1234 - 5678
住所 大阪府枚方市1-2-3	FAX 072 - 1234 - 8765

# 栄養指導外来連絡票

(ID )

東香里 太郎

様 栄養指導の実施を依頼します。

IDは当院で記載しますので空欄をお願いします。

栄養指導 月～金 9:00～15:30/ 土 9:00～11:30/ 日祝なし  
(初回 30～60分程度 2回目以降 20～40分程度)

指導希望日 いつでも良い  
月 日 ( 午前中 ・ 午後 ・ 時 分頃)  
月 日 ( 午前中 ・ 午後 ・ 時 分頃)  
月 日 ( 午前中 ・ 午後 ・ 時 分頃)

※ご希望の日にちがございましたら、上記記入お願いいたします。

※栄養士の勤務人数により、ご期待に添えない場合もございます。ご了承ください。

①日程調整の為、『栄養指導依頼箋』『予約日時連絡票』を記入後、当院へFAXをお願いいたします。

(予約受付 月～金9:00～17:00 土9:00～13:00)

FAX 072-853-0505

②FAX送信後、受信確認の為電話連絡お願いいたします。

TEL 072-853-0501

③日程調整後、『予約日時連絡票』をFAXで返送いたします。

④FAX返送確認を電話で実施します。同時に栄養指導実施日を口頭でもお伝えします。

※栄養指導報告書は後日、FAXにて返送致します。

## 返信欄

東香里病院 →

〇〇内科クリニック

栄養指導の日時が決定しましたので、ご確認ください。

# 東香里病院で記入します

栄養指導実施日時

7 月 1日 (土) 9時 00分

当日ご持参いただくもの

- ・健康保険証 ・各種医療証等
- ・当院の診察券 (お持ちの方)
- ・お薬手帳または現在服薬しているお薬の薬剤情報
- ・栄養指導依頼箋 (FAXでお送りいただいた原本で、指示医記載のもの)
- ・栄養指導質問票 (事前に記入お願いいたします)

# 栄養指導 質問票

(ID )

氏名 \_\_\_\_\_ 様 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg IDは当院で記載しますので空欄をお願いします。

● 今まで栄養指導を受けられた事がありますか？  
ない ・ ある（病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_）

● 毎日3食食事を摂れていますか？  
はい ・ いいえ（1日 \_\_\_\_\_ 回）

● 食事の用意はどなたがされていますか？  
自分 ・ 配偶者 ・ 親族 ・ 宅配食 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

● 外食（惣菜や弁当も含む）はしますか？  
いいえ ・ はい（週に \_\_\_\_\_ 回、月に \_\_\_\_\_ 回）  
→はいと答えられた方はどんなものをよく食べますか？  
（ \_\_\_\_\_ ）

● 間食はしますか？  
いいえ ・ はい（1日 \_\_\_\_\_ 回、週に \_\_\_\_\_ 回）  
→はいと答えられた方はどんなものをよく食べますか？  
（ \_\_\_\_\_ ）

● お酒は飲みますか？  
いいえ ・ はい（種類： \_\_\_\_\_ 量： \_\_\_\_\_ 頻度： \_\_\_\_\_）

● 食事で気をつけている事がありますか？  
（ \_\_\_\_\_ ）

● 直近の食事内容を記入してください。  
朝食（ \_\_\_\_\_ ）  
昼食（ \_\_\_\_\_ ）  
夕食（ \_\_\_\_\_ ）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

● 好き嫌いがあればご記入ください（ \_\_\_\_\_ ）

**患者様へお渡しいただき**

**記入して栄養指導当日に**

**ご持参いただくようお願いください**