

# 栄養指導依頼箋

(ID )

患者氏名	性別 男・女	病名			
生年月日 年 月 日	年齢 歳				
身長 cm	体重 kg				
検査データ (測定日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 別添あり			
血圧 / mmHg	AST IU/L	Cre mg/dl			
ALB g/dl	ALT IU/L	BUN mg/dl			
血糖値 mg/dl (空腹・随時)	TG mg/dl	eGFR			
HbA1c %	HDL-C mg/dl	K mEq/L			
GA %	LDL-C mg/dl	P mg/dl			
	UA mg/dl	尿蛋白 (- ± 1+ 2+ 3+)			

指示内容	該当項目を選択ください。	<input type="checkbox"/> 継続して栄養指導を希望する	
<input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 食品交換表使用 <input type="checkbox"/> カーボカウント使用 <input type="checkbox"/> 腎症あり	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 高LDL <input type="checkbox"/> 低HDL <input type="checkbox"/> 高TG	<input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 透析導入あり <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 血液透析
			<input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 回復期 <input type="checkbox"/> 慢性期 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 代償期 <input type="checkbox"/> 非代償期 <input type="checkbox"/> BCAA製剤付加あり

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 type="checkbox"/> K制限あり
<input type="checkbox"/> IBW×25kcal	<input 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。

医療機関名	指示医師名
	TEL
住所	FAX

# 栄養指導外来連絡票

(ID )

様 栄養指導の実施を依頼します。

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 → \_\_\_\_\_

栄養指導の日時が決定しましたので、ご確認ください。

## 栄養指導実施日時

月 日 ( ) 時 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

● 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 ( \_\_\_\_\_ )