腎臓病教室　栄養指導依頼箋

（ID　　）

フリガナ 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）　　□別添あり

Cre　　mg/dl

指　示　内　容

□各病態の診療ガイドラインに沿って指導実施してください。（おまかせ）

□腎臓食　該当項目を選択ください。

指示量

【エネルギー】	【タンパク質】	【脂質ｴﾈﾙｷﾞｰ比】	【塩分】	【その他】
□ IBW×25kcal	□ IBW×Pro0.6g	□ 20%	□ 制限なし	□ K制限あり
□ IBW×27kcal	□ IBW×Pro0.8g	□ 25%	□ 7g未満	□ P制限あり
□ IBW×30kcal	□ IBW×Pro1.0g	□ 30%	□ 6g未満	□ 水分制限
□ IBW×35kcal	□ IBW×Pro(　　)g		□ 5g未満	□ 水分摂取
□ IBW×(　　)kcal			□ (　　)g	

□上記以外の指示内容の場合、こちらにご記入ください。

□継続して栄養指導を希望する

＊当日は腎臓病教室のみ実施し、採血や検査は行ないません。

医療機関名	指示医師名
	TEL
住所	FAX
	Email

東香里病院　ＦＡＸ：072-853-0505

腎臓病教室　予約日時連絡票　（ID　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　腎臓病教室参加を依頼します。

腎臓病教室　毎月第１木曜日　14：00～16：00　　1月・5月は変更あり
（医師講義：45分　管理栄養士講義：30分　個人栄養指導：30分）

第一希望　　月　　日　参加希望します

第二希望　　月　　日　参加希望します

①予約確定の為、『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

TEL　072-853-0501

②FAX送信後、受信確認の為電話連絡お願いいたします。

③予約確定後、『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。同時に腎臓病教室開催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。

腎臓病教室開催日

月　　日（　　）　　時　　分

当日ご持参いただくもの

・健康保険証　又は　マイナ保険証　　・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）

腎臓病教室栄養指導　質問票

（ID　　）

＊この用紙は事前に記入して、腎臓病教室当日にご持参ください。

氏名　　様　　身長　　cm　体重　　Kg

● 今まで栄養指導を受けられた事はありますか？

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はありますか？

（　　）

● 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（　　）

＊当日は腎臓病教室のみ実施し、医師の診察は行ないません。