

# 地域連携栄養指導依頼票

令和 年 月 日

医療機関名

上都賀総合病院

糖尿病センター 担当医 宛

地域連携栄養指導を申し込みます。

紹介元 医療機関	住所	
	医療機関名	
	医師氏名	⑨
	電話番号	- -
	FAX	- -

下記の該当欄にご記入の上、患者支援センター(PFM)地域医療連携担当(FAX 0289-63-5261)までお願いします。  
(この依頼票をもって紹介状とさせていただきますので、封筒に入れて当日患者さんに持参させてください。)

指導予約日 : 令和 年 月 日 時 分

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( )歳
住所	TEL - -	職業	

【主病名】 (該当の項目すべてに  をしてください)  
 糖尿病  高血圧症  脂質異常症  その他( )

【検査項目】  
 身長 : ( ) cm BMI : ( ) kg/m<sup>2</sup>  
 体重 : 現在( )kg → 目標( )kg  
 腹囲 : 現在( )cm → 目標( )cm  
 収縮期/拡張期血圧 : ( ) / ( ) mmHg

【血液検査項目】 ( H . / ) ( ※検査データ添付でも可 )  
 血糖 : mg/dl ( 空腹時 ・ 食後 ) HbA1c : %  
 Tcho : mg/dl HDL-cho : mg/dl LDL-cho : mg/dl  
 T G : mg/dl T P : g/dl A l b : g/dl  
 BUN : mg/dl 尿酸 : mg/dl C r e : mg/dl

【指示栄養量】  
 エネルギー kcal 蛋白 g 塩分 g

【現在の処方】 (該当の項目すべてに  をしてください)  
 食事のみ  経口糖尿病薬  インスリン  降圧剤  利尿剤  その他( )

【指導方法】 (該当の項目すべてに  をしてください)  
 本人のみの栄養指導  家族とともに栄養指導  家族のみの指導

【指導内容】 (指導の重点としての項目すべてに  をしてください)  
 食事療法の基本  栄養素について  適正エネルギーについて  
 宅配食について  肥満の食事療法  食事記録の評価  
 治療上の禁止食品(酒・グレープフルーツ・ビタミンK含有食品)

【達成目標】 患者さんと相談した目標がありましたらご記入ください。

【行動目標】 患者さんと相談した目標がありましたらご記入ください。

【問題点】