

診療情報提供書（兼 栄養食事指導依頼票）

貴院医療機関名
担当医

独立行政法人 地域医療機能推進機構 (JCHO)
 うつのみや病院 行
 〒321-0143 宇都宮市南高砂町11-17
 病院代表 TEL : 028 (653) 1001
 地域医療連携室 TEL : 028 (655) 1161
 FAX : 028 (655) 1167

栄養指導実施予定日： 年 月 日 時 分～ 記入日 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	明・大 昭・平 年 月 日 () 歳
身体計測値	身長: cm	体重: kg

【栄養指導関連病名】 (当てはまる項目に☑をつけて下さい)

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎臓疾患	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍・胃潰瘍
<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 高度肥満症 BMI30以上又は 肥満度+40%以上	<input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血	<input type="checkbox"/> 消化器術後	<input type="checkbox"/> 腸管機能低下 (潰瘍性大腸炎・クローン病)
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患 (閉鎖性黄疸を含む)	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患	<input type="checkbox"/> 小児食物アレルギー (<9歳)	
<input type="checkbox"/> が ん	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 機能低下	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> その他：	

【指示栄養量】

エネルギー	kcal	*参考 必要エネルギー量(kcal/日) = 標準体重(kg) × 25~35		
たんぱく質	g	塩分	6・()	g
脂質	g	カリウム	1500・2000	mg
コレステロール	200・()	水分		ml
その他				

【薬剤使用状況】 (当てはまる項目に☑をつけて下さい)

<input type="checkbox"/> ワーファリン	<input type="checkbox"/> Ca拮抗薬	<input type="checkbox"/> 利尿薬	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> GLP-1受容体作動薬
---------------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

【その他】 (当てはまる項目に☑をつけて下さい)

浮腫	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし	飲酒	<input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可	喫煙	<input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可
----	---	----	--	----	--

【コメント】 (指導内容に関して重点を置く項目があれば☑をつけて下さい)

<input type="checkbox"/> 食生活のチェック	<input type="checkbox"/> 禁酒・節酒	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 血糖値の正常化	<input type="checkbox"/> 外食利用について	[]
<input type="checkbox"/> 脂質の正常化	<input type="checkbox"/> 間食利用について	
<input type="checkbox"/> 減塩の工夫	<input type="checkbox"/> 分割食について	
<input type="checkbox"/> 体重コントロール		
継続指導の必要性： <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> 管理栄養士に一任		