

栄養食事指導せん

※太枠内は必ず記載下さい

患者氏名				依頼元			
年齢		才	身長		cm		
性別		☐ 男性	☐ 女性	体重		kg	
主病名				指導希望日		第1希望 月 日 時	
既往歴						第2希望 月 日 時	
						第3希望 月 日 時	
(※いずれかにチェックをして下さい→)			☐ 標準栄養量		☐ 左記以外の栄養量(数値を記載ください。)		
食事指示	熱量	標準体重 × 30kcal		() kcal			
	蛋白質	15%		() g			
	脂質	25%		() g			
	塩分	6g		() g			
	カリウム制限	無し		有り() mg			
	水分制限	無し		有り() mL			
				その他の制限:			
指示病名	☐ 糖尿病	☐ 脂質異常症	☐ 腎臓病	☐ 心臓病	☐ 低栄養	☐ 肝臓病	
	☐ 膵臓病	☐ 胃潰瘍	☐ 高度肥満	☐ 鉄欠乏性貧血			
検査データ (別途検査結果用紙があれば記載は不要です)	Alb		g/dL	BUN		mg/dL	
	TP		mg/dL	Cr		mg/dL	
	AST		U/I	UA		mg/dL	
	ALT		U/I	FBS		mg/dL	
	γ-GTP		U/I	HbA1c		%	
	Tch-C		mg/dL	Hb		mg/dL	
	TG		mg/dL	尿蛋白		mg/dL	
	HDL		mg/dL				
	LDL		mg/dL				
特記事項							