

# 栄養指導依頼書

(武蔵村山病院栄養科用)

記入日 年 月 日

第1希望	月	日	曜日	時	分
第2希望	月	日	曜日	時	分

診療情報提供書(糖尿病・内分泌内科用)と合わせてご利用ください。

予約時に記入してFAXしてください。

フリガナ		*武蔵村山病院ID	
氏名		生年月日	年 月 日
今回の栄養指導	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 指導内容の変更	<input type="checkbox"/> 再指導

栄養指導関連病名				
指導食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 肥満症
	<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 肝臓・胆疾患	<input type="checkbox"/> 胃術後
	<input type="checkbox"/> その他( )			

栄養指導事項	熱量(kcal)	食塩(g)	左記以外
	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 制限なし	たんぱく質: <input type="checkbox"/> 制限あり ( g)
	<input type="checkbox"/> 1,400	<input type="checkbox"/> 6 g	脂 質: <input type="checkbox"/> 制限あり ( g)
	<input type="checkbox"/> 1,600	<input type="checkbox"/> その他	水 分: <input type="checkbox"/> 制限あり ( ml)
	<input type="checkbox"/> 1,800	( g )	
	<input type="checkbox"/> 2,000		
	<input type="checkbox"/> その他( )		

検査値	(検査日)	月	日	*下欄へご記入又は最新の検査データを添付してください。				
	HbA1c	%	ヘモグロビン	g/dl	中性脂肪	mg/dl	LDL-C	mg/dl
	HDL-C	mg/dl	クレアチニン	mg/dl	BUN	mg/dl	カリウム	mEq/l

処方	*糖尿病治療薬以外も全てご記入又は別紙で添付してください。
----	-------------------------------

連絡事項	飲酒: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	備考
	運動: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	喫煙: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 食事の目安、動機づけ	
	<input type="checkbox"/> 食習慣の改善	

この用紙をFAXでお送りください  
 送り先 武蔵村山病院 医療連携室 FAX 042-566-3451