

<紀南病院 栄養指導用> { 栄養指導のみ希望(診察なし)
 *どちらかをお選び下さい { 内科診察と栄養指導の両方を希望

栄養指導予約申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

紀南病院

紹介元医療機関名

内科担当医様

名称

管理栄養士様

医師名

(ふりがな)
患者氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

男 ・ 女

傷病名

指示食種			指示内容	
<input type="checkbox"/> 糖尿	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 貧血	熱量(kcal/日)	1200 ・ 1400 ・ 1600
<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 脂質代謝異常	<input type="checkbox"/> アレルギー		1800 ・ 2000 ・ ()
<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> がん	蛋白質(g/日)	40 ・ 50 ・ 60 ・ ()
<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍		脂質(g/日)	30 ・ 40 ・ 50 ・ ()
<input type="checkbox"/> 腎不全	<input type="checkbox"/> 低残渣		塩分(g/日)	6 ・ 10 ・ ()
<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎		特別指示	カリウム制限 ・ リン制限
<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> クロウン			水分制限()ml/日
<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 低栄養			その他の制限

← 傷病名と指示食種は必ずご記入下さい。

身体計測 身長 cm、体重 kg、(年 月 日)

血液検査値(年 月 日採血) 別紙添付

血糖 _____ mg/dl (空腹時・食後) HbA1c _____ %

Tcho _____ mg/dl HDL-cho _____ mg/dl LDL-cho _____ mg/dl

TG _____ mg/d TP _____ mg/d Alb _____ mg/d

BUN _____ mg/d UA _____ mg/d Cre _____ mg/d

【紹介目的】

【既往歴・家族歴】

【処方】 別紙添付

希望日があれば

紀南病院 地域連携室 FAX送信先 05979-3-1301

FAXいただければ、15分以内に予約日時をFAXでお知らせします。TEL05979-2-0500(直)