

# 外来栄養指導申込書 兼 紹介状

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院  
担当者 殿

医療機関 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

下記、患者の外来栄養指導予約を依頼いたします

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H
患者さま氏名	..... <input type="checkbox"/> 女		年	月	日	( 歳)
患者さま住所	.....					
電話番号	( )	-				
☆ 希望日は、本申込書でのご依頼日から1週間以上期間を空けた日で記載をお願いします						
第一希望日		第二希望日		第三希望日		
月	日	PM	時	月	日	PM 時
島立中央病院	診察券番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
目的及び症状経過：						
病名						
既往歴						

## 栄養指導に必要な患者情報

身長 ( ) cm 測定日 年 月 日  
体重 ( . ) kg 測定日 年 月 日  
標準体重 ( . ) kg 肥満度 ( ) % BMI ( . ) kg/m<sup>2</sup>  
血圧 ( / ) mmhg

### 貴院での検査データ

★直近の検査データをご持参下さい。  
★持参ができない場合は下記に指導に  
関連する検査値を記載して下さい。

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

### その他医師指示事項

指示食種

- 糖尿病食
- 肥満症食
- 脂質異常症食  
(高コレステロール、高TG)
- 腎炎食
- 腎不全食
- 透析食
- 高血圧食
- 心臓病食
- 嚥下調整食
- 低栄養
- その他 ( )

※指示栄養量

- エネルギー ( ) kcal
- タンパク質 ( ) g
- 脂質 ( ) g
- P/S 比 ( )
- 糖質 ( ) g
- 塩分 ( ) g
- 水分 ( ) ml
- リン ( ) mg
- カリウム ( ) mg

★指示食種の詳細は下記の『中央病院の食種』の□にチェックをお願いします。

※指示栄養量は、特に指示がある場合にのみ記載して下さい。  
なければ、中央病院の食種で設定している栄養量で指導します。

中央病院の食種

塩分		<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり(6g未満)
食種 特別治療食	一般食	
	嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 0ゼリー <input type="checkbox"/> 1ゼリー食 2ミキサー(□700kcal□1000kcal□1400kcal□1600kcal) 3ソフト(□700kcal□1400kcal□1600kcal) 4軟菜(□700kcal□1400kcal□1600kcal)}
	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	□1200kcal □1280kcal □1360kcal □1440kcal □1520kcal □1600kcal
	<input type="checkbox"/> 肥満症食	□1680kcal □1760kcal □1840kcal □1920kcal □2000kcal □2080kcal
	腎臓病食※	□腎炎 (□A1500kcal□B1800kcal□C2100kcal) □ネフローゼ(□A1800kcal □B2100kcal)
		□腎不全 (□I 1500kcal □II 1800kcal □III 2100kcal)
		□透析(□I 1500kcal □II 1800kcal □III 2100kcal □IV腹膜透析1800kcal)
	糖尿病性腎症食※	□A(1400kcal) □B(1600kcal) □C(1800kcal) □D(2000kcal)
	□高血圧※□心臓※	□A(1200kcal) □B(1500kcal) □C(1800kcal)
	脂質異常(高コレステロール)	□A I (1400kcal) □A II (1600kcal) □A III (1800kcal) □A IV (2000kcal) ※LDL140以上又はHDL40mg/dl未満
	脂質異常(高中性脂肪)	□B I (1400kcal) □B II (1600kcal) □B III (1800kcal) □B IV (2000kcal) ※TG150mg/dl以上
	妊娠高血圧症食※	□I (1500kcal) □II (1800kcal)
	肝臓病食	□I (急性肝炎初期1400kcal) □II (慢性肝炎、急性肝炎回復期1900kcal) □III (肝硬変代償期※鉄制限 1800kcal) □IV (肝硬変非代償期1800kcal) □V (肝硬変非代償期/肝不全用栄養剤と併用の場合 1500kcal)
	膵臓・閉塞性黄疸食	□D(全粥1400kcal) □E(軟飯1800kcal)
	胆石・胆のう疾患食	□D(全粥1400kcal) □E(軟飯1800kcal)
	□潰瘍 □消化器術後 □胃切後食	□G(五分1200kcal) □H(七分1500kcal) □I(全粥1600kcal) □J(軟飯1800kcal)
	□低残渣食 □炎症性腸疾患	□C(五分1100kcal) □D(全粥1500kcal) □E(軟飯1800kcal)
	痛風食	□A(1600kcal) □B(1800kcal)
	貧血食	□2000kcal ※Hb10g/dl以下鉄欠乏に由来するもの
	アレルギー	禁止食品名( )

※腎臓病食、糖尿病性腎症食、高血圧症食、心臓病食、妊娠高血圧症食は塩分制限あり(6g未満)の食種です。

✪指示栄養量について、体格、労作、検査値等からの管理栄養士の変更許可 可 不可