

外来栄養指導 依頼書

平成 年 月 日

所在地

医療機関

横浜東邦病院 栄養科 行

電話番号

医師名

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
患者氏名		年齢 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

治療状況						
診断名						
身体所見	身長	cm	体重	kg		
検査所見 (必要項目のみ) 採血日 年 月 日	血圧	mmHg	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl
	総蛋白	g/dl	HDL-cho	mg/dl	クレアチニン	mg/dl
	アルブミン	g/dl	LDL-cho	mg/dl	カリウム	mEq/dl
	ヘマトクリット値	%	中性脂肪	mg/dl	血糖	mg/dl
	血色素量	g/dl	尿糖		CRP	
	鉄	μ g/dl	尿蛋白			
	その他					

指導内容		
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患
<input type="checkbox"/> 膵臓疾患	<input type="checkbox"/> 高度肥満	<input type="checkbox"/> 消化管術後
<input type="checkbox"/> がんによる食欲不振	<input type="checkbox"/> 栄養障害	<input type="checkbox"/> 低栄養
<input type="checkbox"/> 嚥下障害		
指示栄養量		
エネルギー		kcal
たんぱく質		g
脂質		g

上記の内容で栄養指導を実施いたしました。

栄養指導日:平成 年 月 日 指導時間: : ~ :

横浜東邦病院 栄養科