

栄養指導依頼書

FAX 送信先	富士見高原医療福祉センター 富士見高原病院 情報連携室
	0266-62-5544
E-mail	renkei@fujimihp.com

医療機関名	
ご担当医	
TEL	
FAX	

フリガナ				生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
患者氏名				年齢	歳	性別	男	女
病名								
合併症								
指導食種	糖尿病・脂質異常症・高尿酸値血症・腎臓病・肝臓病・心臓病 鉄欠乏性貧血・胃潰瘍・癌・嚥下障害・低栄養 その他()							
依頼事項	熱量	Kcal	蛋白質	g				
	脂質	g	塩分	g				
	その他							
身体状況	身長	cm	体重	kg				

今回の栄養指導	・ 初回	・ 指導内容の変更	・ 再指導		
栄養指導の目的	・ 食事の目安			・ 食習慣の改善	・ その他()

検査値	検査日	月	日	* 検査値をご記入いただくか検査データを添付して下さい。		
空腹時血糖				mg/dl	カリウム	mEq/l
HbA1c(NGSP)				%	リン	mg/dl
中性脂肪				mg/dl	AST(GOT)	IU/l
LDL-C				mg/dl	ALT(GPT)	IU/l
HDL-C				mg/dl	γGTP	IU/l
尿酸				mg/dl	ヘモグロビン	g/dl
クレアチニン				mg/dl	ALB	g/dl
BUN				mg/dl	CRP	mg/dl

その他、栄養指導に関するご希望等がございましたらご記入下さい。