

診療情報提供書(兼)外来栄養指導依頼票

平成 年 月 日

<指導希望日> ①平成 年 月 日 医療機関名

②平成 年 月 日

③平成 年 月 日 医師名

<希望事項>

印

指示内容は豊田厚生病院担当医に一任する。(下記太枠のみ記載)

下記の指示内容の指導を依頼する。 TEL

<その他> FAX

<予約確定日> 平成 年 月 日 () 時 分

* 保険証を指導当日に持参するようにご指導をお願いいたします。

フリガナ					男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
患者氏名						TEL		
住所	〒 -					TEL		
身体状況	身長	cm	体重	kg	BMI	kg/m ²		
今回の栄養指導	<input type="checkbox"/> 初回		<input type="checkbox"/> 再指導(継続)		<input type="checkbox"/> 指導内容の変更			
依経傷 頼過病 目及 的び 的								
指導食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ⇒ 炭水化物の比率		<input type="checkbox"/> 50%		<input type="checkbox"/> 55%		<input type="checkbox"/> 60%	
	<input type="checkbox"/> その他(食習慣に合わせて設定)							
	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病			
	<input type="checkbox"/> 肥満		<input type="checkbox"/> 肝臓病		<input type="checkbox"/> 透析			
指示栄養量	熱量(kcal)		食塩(g)		左記以外			
	<input type="checkbox"/> 1200 <input type="checkbox"/> 1400		<input type="checkbox"/> 制限なし		<input type="checkbox"/> 蛋白質 制限あり(g)			
	<input type="checkbox"/> 1600 <input type="checkbox"/> 1800		<input type="checkbox"/> 6g制限		<input type="checkbox"/> 脂 質 制限あり(g)			
	<input type="checkbox"/> 2000		<input type="checkbox"/> その他(g)		<input type="checkbox"/> 水 分 制限あり(g)			
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> カリウム制限あり <input type="checkbox"/> リン制限あり					
検査値	検査日: 月 日		* 下欄へご記入または検査データを添付してください。					
	HbA1c(%)		TG(mg/dl)		HDL-C(mg/dl)			
	LDL-C(mg/dl)		Cre(mg/dl)		BUN(mg/dl)			
	尿糖		尿蛋白		カリウム(mEq/L)			
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							
	<input type="checkbox"/> 減量指導							
	<input type="checkbox"/> 食事の目標・動機づけ							
	<input type="checkbox"/> 食習慣の改善							
<input type="checkbox"/> その他()								



JA愛知厚生連

豊田厚生病院
地域医療連携課

〒470-0396 愛知県豊田市浄水町伊保原500-1 【受付時間】 平日9:00~19:00

URL: <http://toyota.jaaiikosei.or.jp/>

第1・3土曜日9:00~12:00

地域医療連携課専用TEL(0565)43-5077 地域医療連携課専用FAX(0565)43-5030