

栄養指導依頼書

紹介元医療機関

先生

住所

電話番号

FAX番号

<患者情報>

ふりがな	生年月日	M	T	S	H	R
氏名	年	月	日			
住所	電話番号					
	身長	cm				
病名	体重	kg				
希望日時	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 9:30~11:30 <input type="checkbox"/> 13:00~15:00	

病名	指導食種	熱量(kcal)	蛋白質(g)	脂質(g)	炭水化物(g)	食塩(g)
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	1200	48	30	184	6
<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	1440	60	35	221	6
<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病	<input type="checkbox"/> 肥満症食	1600	70	40	240	6
<input type="checkbox"/> 脂質異常症※1	<input type="checkbox"/> 心臓病食	1840	78	47	277	6
<input type="checkbox"/> 肥満症※2	<input type="checkbox"/> 高血圧症食					
<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 肝臓病食	1200	48	30	184	6
<input type="checkbox"/> うつ血性心不全	<input type="checkbox"/> 肝硬変症食	1440	60	35	221	6
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 肝不全	1600	70	40	240	6
	<input type="checkbox"/> 急性肝炎	1840	78	47	277	6
	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎					
<input type="checkbox"/> A型肝炎	<input type="checkbox"/> 脂肪肝	1600	65	20	290	8
<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 閉塞性黄疸					
<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> 急性膵炎					
<input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> 慢性膵炎					
<input type="checkbox"/> 肝性脳症	<input type="checkbox"/> 膵臓食F20	1600	65	20	290	8
<input type="checkbox"/> 肝不全	<input type="checkbox"/> 肝臓病食F20					
<input type="checkbox"/> 急性肝炎	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症	1800	60	40	300	7
<input type="checkbox"/> 慢性肝炎	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症食					
<input type="checkbox"/> 脂肪肝	<input type="checkbox"/> 潰瘍食	1600	70	35	250	8
<input type="checkbox"/> 閉塞性黄疸	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎食					
<input type="checkbox"/> 急性膵炎	<input type="checkbox"/> クロウン病食					
<input type="checkbox"/> 慢性膵炎	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症食	1600	70	40	240	6
<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症	<input type="checkbox"/> 痛風食					
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍						
<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍						
<input type="checkbox"/> 消化管術後						
<input type="checkbox"/> クロウン病						
<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎						
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症						
<input type="checkbox"/> 痛風						

		熱量(kcal)	蛋白質(g)	食塩(g)	K(mg)	リン(mg)
<input type="checkbox"/> IgA腎症	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	1440	40	6	1500	
<input type="checkbox"/> 急性腎炎		1600	45	6	1500	
<input type="checkbox"/> 慢性腎炎		1840	50	6	1500	
<input type="checkbox"/> 急性腎不全	<input type="checkbox"/> 透析食	1400	50	6	2000	750
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全		1600	55	6	2000	825
<input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群		1800	60	6	2000	900
<input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎		2000	65	6	2000	975
<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症						

※1 (LDL140mg/dl以上又はHDL40mg/dl未満若しくはTG150mg/dl以上)

※2 (肥満度+40%以上又はBMI30以上)

その他の指示

* 健康診断の結果(採血の結果等)をご持参ください。

JA秋田厚生連 雄勝中央病院 医療連携室
 〒012-0055 秋田県湯沢市山田字勇ヶ岡25
 TEL 0183-73-5000(代表)内線6390
 医療連携室専用FAX 0183-73-7005
 令和5年7月改訂