

栄養指導申込書

〔診療情報提供書〕

20 年 月 日

紹介先
北信総合病院 地域医療連携課
TEL 0269-23-2160
FAX 0269-22-2812

紹介元医療機関
所在地
TEL
医師氏名

患者	フリガナ	氏名 (歳)		生年月日	年	月	日	男・女
	住所			TEL	-	-		
	職業			食事を作る人				
	身長	cm	体重	kg (標準体重)	kg)			
傷病名								
指導食事名								
【1日の栄養量】			【主治医指示事項】					
・熱量	kcal		<input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良		<input type="checkbox"/> 高コレステロール			
・糖質	g		(検査値)		(検査値)			
・蛋白質	g		<input type="checkbox"/> 高尿酸		<input type="checkbox"/> 高中性脂肪			
・塩分	g		(検査値)		(検査値)			
・脂質	g		<input type="checkbox"/> 食事療法再確認	<input type="checkbox"/> 貧血あり	<input type="checkbox"/> 蛋白質制限			
・その他			<input type="checkbox"/> 食事内容確認	<input type="checkbox"/> 肥満あり	<input type="checkbox"/> 塩分制限			
			<input type="checkbox"/> 食生活の見直し	<input type="checkbox"/> 酒類注意	◎ 運動 <input type="checkbox"/> 可			<input type="checkbox"/> 不可
			<input type="checkbox"/> その他特記事項					
※次回貴院の予約日が決まっていればご記入ください。					年	月	日	
来院予定日	年	月	日	時	分			

栄養指導報告書

北信総合病院()科 ID() 主治医:

指導日 20 年 月 日 (前回 20 年 月 日) 指導対象: 本人・ 調理担当者:	【栄養士所見】 病認識: <input type="checkbox"/> 十分にある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 乏しい 食事療法に 対する姿勢: <input type="checkbox"/> 意欲的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 理解力: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 その他指導内容
【指導要点】 <input type="checkbox"/> ()食 <input type="checkbox"/> 食事療法の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の方針 <input type="checkbox"/> 食習慣のあり方 <input type="checkbox"/> 食品構成の見方 <input type="checkbox"/> 交換表の使い方 <input type="checkbox"/> 食塩の取り方 <input type="checkbox"/> 献立の立て方・考え方・ポイント <input type="checkbox"/> 外食の問題点とやむを得ずとする時の注意	
【配布リーフレット】 <input type="checkbox"/> 塩分表 <input type="checkbox"/> 食品構成表 <input type="checkbox"/> 献立表 <input type="checkbox"/> その他 ()を使用して自分の 食事量の把握、食品選択を行う	

以上、指導の状況について報告します。

年 月 日 : ~ : 担当管理栄養士 _____