

栄養指導連絡票

下野市長 坂村哲也 様

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

下記の患者について栄養指導をお願いします。

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住所	下野市	電話番号	()	
疾患名	糖尿病 高血圧 脂質異常症 肥満 腎臓病 肝臓病 その他 ()			
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 (治療開始 年 月) <input type="checkbox"/> 治療していない <input type="checkbox"/> 経口薬 { 有 (薬品名) 朝 昼 夕 } 無 <input type="checkbox"/> その他			
検査所見 (月 日)	身長	体重	BMI	腹囲
	cm	kg		cm
	血圧	mmHg/ mmHg	*血糖値 (空腹・随時)	mg/dl
	HbA1c(NGSP)	%	尿酸値	mg/dl
	中性脂肪	mg/dl	アルブミン	g/dl
	LDL コレステロール	mg/dl	尿たんぱく	- ± + ++
	HDL コレステロール	mg/dl	尿糖	- ± + ++
クレアチニン	mg/dl	eGFR	ml/min/1.73 m ²	
		その他()		
指示内容	エネルギー	kcal/日 (kcal/kg)	過去の栄養 指導の有無	<input type="checkbox"/> 有(病院 ・ 市 ・ その他) <input type="checkbox"/> 無
	体重	kg		
	塩分	[g/日]		
	たんぱく質	[g/日]		
	運動 [可・不可]		その他	
	飲酒 [可・不可]			
希望事項	<input type="checkbox"/> 特記なし <input type="checkbox"/> あり			

*空腹、随時のどちらかを○で囲んで下さい。検査所見は記入可能な項目をご記入願います。