

磐田市立総合病院 栄養指導申し込み書（医療機関用） 様式1

磐田市立総合病院 地域医療連携室・栄養科 宛 申込日 年 月 日

紹介元医療機関名			
医師名			
電話番号	( ) -		
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒  マンション、アパート名まで記入をお願いします。		
生年月日	(明・大・昭・平・令)	年	月 日生 年齢 才
電話番号	( ) -		
予約日	月 日 ( )曜日 :		
栄養指導依頼内容			
栄養指導目的	<input type="checkbox"/> 食事療法の基本 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 間食、アルコール、外食について <input type="checkbox"/> その他 ( )		
指示事項	エネルギー	Kcal	その他の指示事項
	蛋白質	g	
	脂質	g	
	塩分	g以下	
該当する下記の項目の <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。			
糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性 ( ) と名称がつくもの		
腎疾患	<input type="checkbox"/> 急・慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 急・慢性腎炎 <input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群		
脂質異常	<input type="checkbox"/> 脂質異常症LDL値140mg/d l 以上 <input type="checkbox"/> HDL値40mg/d l 未満もしくは、中性脂肪150mg/d l 以上		
高血圧・心疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞		
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> ( )		
肥満	<input type="checkbox"/> 高度肥満、 <input type="checkbox"/> BMI30%以上または肥満度40%		
貧血	<input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血で、Hbが10g/d l 以下		
胃腸疾患	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎		
胆・肝・膵疾患	<input type="checkbox"/> 急・慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> ウイルソン病 <input type="checkbox"/> 閉塞性黄疸 <input type="checkbox"/> 急・慢性膵炎		
痛風	<input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症		
患者情報	病歴・現在の病状等  血液検査結果の添付をお願いします。		