

		栄養指導依頼票					
		医院名					
		住所					
		電話					
		医師					
指導日	年	月	日 ()	午前	午後	時	分

身体状況	身長 cm, 体重 Kg, 体脂肪率 %						
病名	糖尿病	高血圧	腎臓病	肥満	備考		
	高脂血症	心臓病	高尿酸血症				
主な検査値	備考						
TP	ALB	Tcho	TG	HDL	LDL	UA	BUN
g	g	mg	mg	mg	mg	mg	mg
Cr	glucose	HbA1C	AST(GOT)	ALT(GPT)	Hb	Ht	
mg	mg	%	u	u	g	%	

指示栄養量		連絡事項	<input type="checkbox"/> 食事のめやす, 動機づけ
熱量	Kcal		<input type="checkbox"/> 食生活習慣の改善
蛋白質	g		<input type="checkbox"/> 飲酒(可, 不可)
脂質	g		<input type="checkbox"/> 運動(可, 不可)
塩分	g		その他
コレステロール	mg		
その他			

* 必要事項にご記入ください。

柏市立柏病院
《地域医療支援センター》
 電話番号 04(7134)1503
 FAX番号 04(7134)1504
 代表番号 04(7134)2000
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>