

# (地域連携)栄養食事指導依頼書 兼 診療情報提供書

〒360-8567 埼玉県熊谷市中西4-5-1  
 社会医療法人 熊谷総合病院  
 外来 担当医 殿

(ご依頼元)  
 住 所  
 医 療 機 関 名  
 電 話 番 号  
 F A X 番 号  
 診 療 科  
 医 師 氏 名

初回指導 第1希望	年	月	日
初回指導 第2希望	年	月	日

下記の通り、(地域連携)外来栄養食事指導を申し込みます

フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平	性別	男・女
患者氏名			年 月 日		
患者住所	〒		※日中ご連絡のとれる番号をご記載ください		
			連絡先		

		身体情報	
主病名		身長	cm
		体重	kg
紹介目的	栄養指導	BMI	kg/m <sup>2</sup>
		B.P	/ mmHg
主たる栄養指導 指示内容	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧・心疾患	<input type="checkbox"/> 痛風
	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> がん
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 膵臓病	<input type="checkbox"/> 摂食機能または 嚥下機能低下
	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 低栄養状態
・臨床経過 ・既往歴 ・投薬 ・家族情報 ・その他特記事項 など	<b>検査データ( 年 月 日)</b>		
	HbA1c		%
	空腹時血糖		mg/dl
	AST(GOT)		U/l
	ALT(GPT)		U/l
	ChE		U/l
	γ-GTP		U/l
対象疾患 治療方針	<input type="checkbox"/> 食事療法のみにて経過観察	LDH	U/l
	<input type="checkbox"/> 食事療法・運動療法の併用にて経過観察	K	mEq/L
	<input type="checkbox"/> 食事療法・運動療法・薬物療法の併用	P	mg/dl
	<input type="checkbox"/> その他:	BUN	mg/dl
指示栄養量等 (必要に応じて記載)	エネルギー量( )kcal	クレアチニン	mg/dl
	たんぱく質 ( )g	eGFR	ml/min
	脂質 ( )g	尿酸	mg/dl
	塩分 ( )g	TG	mg/dl
身体活動レベル	<input type="checkbox"/> レベルⅠ(1.50):生活の大部分が座位で、静的な活動が中心の場合	T-CHO	mg/dl
	<input type="checkbox"/> レベルⅡ(1.75):座位中心だが、移動や立位作業、買い物・家事、軽いスポーツ等のいずれかを含む場合	LDL-C	mg/dl
	<input type="checkbox"/> レベルⅢ(2.00):移動やや立位の多い仕事の従事者、あるいは活発な運動習慣をもっている場合	HDL-C	mg/dl
		Hb	g/dl
		Alb	g/dl
		CRP	mg/dl

※検査データは、必要データを記入または、添付してください。過去の比較検査値添付あれば尚可。