

外来栄養指導 依頼書

送信先： 梶木病院 医事課

TEL: 086-293-3355

FAX: 086-293-6175

令和 年 月 日

所在地

希望日時 年 月 日 16時 (15時30分受付) ----- 年 月 日 16時 (15時30分受付)
第1希望 ----- 第2希望

医療機関

電話番号

FAX番号

医師名

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月 日
患者氏名		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

治療状況						
診断名						
身体所見	身長	cm	体重	kg		
検査所見 (必要事項のみ)	血圧	mmHg	T-cho	mg/dl	BUN	mg/dl
	総蛋白	g/dl	HDL-cho	mg/dl	クレアチニン	mg/dl
採血日	アルブミン	g/dl	LDL-cho	mg/dl	カリウム	mg/dl
	ヘマトクリット値	%	中性脂肪	mg/dl	血糖	mg/dl
年 月 日	血色素量	g/dl	尿糖	CRP		
	鉄	ug/dl	尿蛋白			
	その他					

※採血データを事前にFAXいただける場合は検査所見欄は未記入でも構いません。

指導内容		
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患
<input type="checkbox"/> 膵臓疾患	<input type="checkbox"/> 高度肥満	<input type="checkbox"/> 消化管術後
<input type="checkbox"/> がんによる食欲不振	<input type="checkbox"/> 栄養障害	<input type="checkbox"/> 低栄養
<input type="checkbox"/> 嚥下障害		

指示栄養量	
<input type="checkbox"/> 下記内容を指示する	<input type="checkbox"/> 管理栄養士に任せる
エネルギー	kcal
たんぱく質	g
脂質	g

◆事前に診療情報提供書、採血データ等の情報をFAXお願い致します。

◆お急ぎの場合は、FAX後にお電話にてお知らせください。