

栄養指導依頼書(兼診療情報提供書)

記入日 令和 年 月 日

送付先：舞鶴医療センター 地域連携室 FAX：0773-63-5836

紹介元医療機関

貴医療機関名：

貴医師名：

住所：

電話番号：

FAX:

紹介患者様情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女	昭・平・令 年 月 日	歳

舞鶴医療センター受診歴：無・有・不明

住所	〒	電話	
身体状況	身長： cm	体重： kg	
希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日

※原則ご希望日は記入日より1週間以後をご記載ください。

栄養指導指示病名

- 糖尿病 糖尿病性腎症 脂質異常症 肥満症 (BMI30 以上) 高血圧症・心臓病 痛風
腎臓病 透析 肝臓・胆疾患 膵臓疾患 クローン病 潰瘍大腸炎 胃潰瘍
がん 痛風 食物アレルギー (9歳未満) 胃術後 貧血症 (Hb10g/dl 以下)
その他 ()

指示栄養量

- ①エネルギー 当院にて決定
1200・ 1400・ 1600・ 1800・ 2000・ その他 () Kcal
② 蛋白質 g 脂質制限 g 塩分 g未満 水分制限 ml/日
カリウム制限 リン制限 その他

指導内容

現在の処方 ※添付可

- なし 経口糖尿病薬 インスリン 降圧剤 利尿薬 その他 ()

検査値：◆直近の採血データを添付ください。

※個人情報保護法にもとづき、上記以外にこの情報を使用することはありません。