

栄養指導連絡票

下野市長 坂村哲也 様

医療機関名  
所在地  
電話番号

下記の患者について栄養指導をお願いします。

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	大・昭・平 年 月 日( 歳)		
住所	下野市		電話番号	( )	
疾患名	糖尿病	高血圧	脂質異常症	肥満	腎臓病 肝臓病 その他
治療状況	■ 治療中 (治療開始 年 月) ■ 治療していない ■ 経口薬 { 有 (薬品名 ) 朝 昼 夕 { 無 ■ その他				
検査結果	身長	体重	標準体重	尿検査	たんぱく - + ++
	cm	kg	kg		尿糖 - + ++
	血圧	mmHg/	mmHg		尿酸値 - + ++
	血液検査	空腹時血糖	mg/dl	過去の栄養 指導の有無	有(病院・市・ その他 )
HbA1c(NGSP)		%	無		
中性脂肪		mg/dl	その他		
LDL コレステロール		mg/dl			
HDL コレステロール		mg/dl			
	クレアチニン	mg/dl			
指示内容	エネルギー		その他		
	kcal/日 ( kcal/kg)				
	塩分	[ g/日]			
	たんぱく質	[ g/日]			
	運動	[可・不可 ]			
	飲酒	[可・不可 ]			
特記事項					

★相談希望の方へ 主治医に指示された方は、下記に栄養相談日の予約をしてください。