

診療情報提供書兼栄養指示書

紹介先医療機関名

横浜旭中央総合病院

紹介元医療機関名

医師名

紹介患者情報

ふりがな	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
氏名	性別	男・女	年齢	歳	
	身長	cm	体重	kg	
紹介目的	外来栄養指導 * 傷病名(指導病名)、指示内容は下記より選択をお願い致します。				
傷病名 (指導病名)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症 (BMI 30以上) <input type="checkbox"/> 高血圧症・心臓病 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()				
指示内容 ①、②のどちらか をご記入下さい。	①栄養指示 <input type="checkbox"/> 疾患に基づき適正な栄養量を管理栄養士に算出させる ②栄養量指示事項 (可能な限りでご記入ください) エネルギー (kcal) たんぱく質 (g) 塩分 (g) その他 ()				

栄養指導に重点を置く項目がありましたら記載をお願い致します。

<input type="checkbox"/> 指示エネルギー量の目安 <input type="checkbox"/> 食塩制限の理解 <input type="checkbox"/> し好品の適正化 <input type="checkbox"/> 外食・中食の選択方法 <input type="checkbox"/> 飲酒量の適正化 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限の理解 <input type="checkbox"/> コレステロール300mg以下の目安 <input type="checkbox"/> 運動習慣の見直し <input type="checkbox"/> 低栄養改善 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下指導 <input type="checkbox"/> その他 ()

※直近3ヶ月の採血データの添付をお願い致します。

※その他栄養量配分は担当管理栄養士が決めさせていただく場合がございます。

※栄養指導実施後は、FAXにてご報告させていただきます。

横浜旭中央総合病院 地域医療連携室

TEL : 045-921-6115 / FAX : 045-921-7793