

診療情報提供書（栄養相談依頼書）
（紹介元医→患者様→東海記念病院）

東海記念病院

TEL 0568-88-0568
FAX 0568-88-7041

栄養科 行
(内線181)

紹介元	医療機関名
	紹介医師名 TEL () -

予約日時
令和 年 月 日 ()
AM ・ PM 時 分

フリガナ
患者氏名： 様
生年月日：M・T・S・H 年 月 日生
性別：〔 男 ・ 女 〕

紹介目的：貴院の管理栄養士による食事栄養指導を受ける目的で上記患者様を紹介します。

【指導依頼内容】

病名	指示食（該当食に○印 複数可）
糖尿病	糖尿病食（15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25）単位
肥満症	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal
脂質異常症・脂肪肝	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal
高血圧症	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal 塩分制限（6g未満、 g）
痛風	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal
貧血	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal 鉄分（15mg～20mg）
メタボリックシンドローム	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal
慢性腎臓病	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal 塩分制限（6g未満、 g）
肝硬変	脂質制限 ①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal
慢性膵炎	脂質制限 ①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal
胃・十二指腸潰瘍	①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal
炎症性腸疾患	潰瘍性大腸炎・クローン病 ①1600kcal ②1800kcal ③2000kcal

病名〔 確 ・ 疑 〕

検査目的・既往歴・検査結果・治療の経過・現在の処方・その他の連絡事項

以下は東海記念病院で記入します。

指示栄養量	熱量 kcal	蛋白質 g	脂質 g	塩分 g
身体計測値	身長 cm	体重 kg	腹囲 cm	
臨床検査値	(/ /)			

令和 年 月 指導管理栄養士 _____