

糖尿病栄養食事指導依頼書

申込機関名： _____ 今回の依頼： 初回 再指導(_____ 回目)

<指導対象者情報>

フリガナ			依頼年月日	令和 年 月 日 ()				
氏名			主治医					
生年月日	(T・S・H) 年 月 日生 (歳)							
栄養指導 指示病名	<input type="checkbox"/> 2型糖尿病		<input type="checkbox"/> 1型糖尿病		<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病		<input type="checkbox"/> その他の糖尿病	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 (第 _____ 期)		<input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害		<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症			
	<input type="checkbox"/> 肥満症		<input type="checkbox"/> 脂質異常症		<input type="checkbox"/> 高血圧症		<input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症	
	<input type="checkbox"/> 心臓病		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患		<input type="checkbox"/> その他 (_____)			
治療薬 (添付可)								
身体測定	身長 _____ cm (R 年 月測定)			血圧 _____ / _____ mmHg				
	体重 _____ kg (R 年 月測定) 【増加・安定・減少】			BMI _____ kg/m ²				
検査所見 (必要項目のみ) (検査結果添付可) 採血日 _____ 年 月	空腹時血糖	mg/dL	HDL-Cho	mg/dL	Cl	mEq/L	Fe	μg/dL
	随時血糖	mg/dL	LDL-Cho	mg/dL	Ca	mg/dL	フェリチン	ng/mL
	HbA1c	%	TG	mg/dL	IP	mg/dL	尿糖	()
	TP	g/dL	BUN	mg/dL	UA	mg/dL	尿たんぱく	()
	Alb	g/dL	クレアチン	mg/dL	AST	U/L	尿ケトン体	()
	Ht	%	eGFR	ml/min	ALT	U/L	尿(微量)アルブミン	mg/gCre
	Hb	g/dL	K	mEq/L	γ-GT	U/L	その他	
	T-cho	mg/dL	Na	mEq/L				

<栄養管理依頼内容等>

指示栄養量	エネルギー	_____ kcal	K制限	_____ mg
	たんぱく質	_____ g	P制限	_____ mg
	食塩相当量	_____ g	水分制限	_____ mL
	その他	_____		
依頼内容				
留意事項	【禁忌食品】 【食物アレルギー】 【その他】			