

## 体験教室（集団栄養食事指導）依頼箋兼実施報告書

紹介医師名 \_\_\_\_\_

## I 受診者情報

氏名	様	男	女	生年月日	年	月	日	年齢	歳
身長	cm	体重	kg	BMI	(標準体重		kg)		
栄養食事指導(個人)での継続指導		必要	ご本人の希望による		不要				

病名	
臨床所見	

※最新の臨床データ及び既往等を記入又は添付してください。

## 2 指示事項

※該当の項目に○印又はご記入ください。

(★は塩分6g未満)

糖尿食 ※塩分 8g以下	kcal ( 単位)				
高血圧食 (減塩)★	1,200kcal	1,400kcal	1,600kcal	1,800kcal	2,000kcal
腎臓食★	1,400kcal たんぱく質40g 脂質25g	1,600kcal たんぱく質40g 脂質35g	1,800kcal たんぱく質40g 脂質40g	1,800kcal たんぱく質50g 脂質40g	2,000kcal たんぱく質50g 脂質45g
腎臓食 (糖尿病)★	1,400kcal たんぱく質40g 脂質35g	1,600kcal たんぱく質40g 脂質45g	1,800kcal たんぱく質40g 脂質50g	1,800kcal たんぱく質50g 脂質50g	2,000kcal たんぱく質50g 脂質55g

(春日井市民病院約束食事箋による)

## 3 その他指示事項

カリウム制限	水分制限(飲水 ml)	ワーファリン内服中
鉄制限	高度肥満(肥満度+40%以上またはBMI ≥ 30)	
その他		

(以下、病院管理栄養士記述欄)

栄養食事指導予約日時	年	月	日	時
管理栄養士指導報告書	初回	回目	担当者	