

## 個人栄養食事指導依頼箋兼実施報告書

紹介医師名 \_\_\_\_\_

## 1 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)
継続指導	必要	ご本人の希望による			不要				

※2回目以降の予約は、ご本人と相談の上、市民病院の管理栄養士が取ります。

病名	
臨床所見	

※最新の臨床データ及び既往等をご記入または添付してください。

## 2 指示事項 ※該当の項目にご記入または○印をつけてください。

糖尿食	kcal ( 単位)			
腎臓食 (塩分6g未満)	1,300kcal たんぱく質45g	1,500kcal たんぱく質50g	1,700kcal たんぱく質55g	1,900kcal たんぱく質60g
エネルギー調整食	1,300kcal	1,500kcal	1,700kcal	1,900kcal

痛風食 潰瘍食 膵臓食 潰瘍性大腸炎及びクローン病食 等にも対応できます。

(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)	ワーマリン内服中
鉄(制限/付加)	塩分制限(6g未満)	
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 \_\_\_\_\_