

## 栄養管理指導依頼書

紹介医機関名：

国家公務員共済組合連合会北陸病院

医師名：

内科 担当医 宛

電話番号：

フリガナ	生年月日	年齢
患者氏名	性別	血液型
患者住所		
電話番号		

依頼	栄養指導			
病名				
身長	cm	体重	kg	職業
エネルギー係数	あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします			
<input type="checkbox"/>	軽い労作（大部分が座位の静的活動）			
<input type="checkbox"/>	普通の労作（座位中心だが、通勤・家事・軽い運動を含む）			
<input type="checkbox"/>	重い労作（力仕事、活発な運動習慣がある）			
その他	・直近の検査結果を添付して下さい。 ・直近の処方情報を添付して下さい。			

入院・外来	指導箋	どの疾患に対しての栄養指導をご希望ですか	<input checked="" type="checkbox"/> をお願いします
<input type="checkbox"/>	糖尿食		
<input type="checkbox"/>	脂質異常症		
<input type="checkbox"/>	肝臓食（肝炎 肝硬変 閉塞性黄疸）		
<input type="checkbox"/>	腎臓食		
<input type="checkbox"/>	透析食		
<input type="checkbox"/>	心臓疾患食		
<input type="checkbox"/>	高尿酸血症食		
<input type="checkbox"/>	膵臓食		
<input type="checkbox"/>	潰瘍食（十二指腸 胃潰瘍 大腸炎 術後食）		
<input type="checkbox"/>	貧血食		
<input type="checkbox"/>	クローン病		
<input type="checkbox"/>	高血圧食		
<input type="checkbox"/>	がん		
<input type="checkbox"/>	摂食・嚥下機能低下		
<input type="checkbox"/>	低栄養		

※特に強化したい栄養指導など、特記事項がありましたらお書きください。

--