

様式 2

栄養食事指導申し込み依頼書

年 月 日

医療機関名：

医師名：

患者 ID (カルテ番号のみご記入下さい)		性別 男 ・ 女		生年月日 年 月 日生： (歳)			
食事療法を要する病名 1. 糖尿病 2. 脂質異常症 3. 高血圧 4. その他 ( )							
身体状況：現在の身長： cm 、体重： kg							
標準体重 身長 ( ) m × 身長 ( ) m × 22 = kg							
エネルギーの求め方 身体活動量の目安 軽い労作 (デスクワークが主な人・BMIが高い人) 25~30kcal/kg 普通の労作 (立ち仕事が多い職業) 30~35kcal/kg 重い労作 (力仕事の多い職業) 35~ kcal/kg							
指示エネルギー量 標準体重 ( ) kg × 身体活動量 ( ) kcal = kcal							
検査日	年	月	日	栄養指導に関する指示			
血圧				塩分制限	あり：( ) g/日	なし	
尿蛋白				蛋白制限	あり：( ) g/日	なし	
血糖値 (食後 h)				コレステロール制限	あり：( ) g/日	なし	
HbA1c				アルコールの許可	あり：許可量 ( )	なし	
				その他			
TC				現在の処方			
LDL				①食事療法			
HDL				②運動療法			
TG				③経口薬物療法 (薬剤名： )			
Ht				④インスリン療法 (薬剤名： )			
Hb							
GOT (AST)							
GPT (ALT)				糖尿病合併症			
γ-GTP				神経障害	( + ・ - ・ 不明 )		
UA (尿酸)				網膜症	( + ・ - ・ 不明 )		
				腎症	( + ・ - ・ 不明 )		
BUN (尿素窒素)				既往歴及び家族歴			
血清クレアチン							
アルブミン							
ぶどう糖負荷試験 d-b/ c-a=I. I (正常 0.4 以上) Axb/405=HOMA-R (正常 1.6 未満)		空腹時	30 分	60 分	120 分		
	血糖値 (mg/dl)	a	c				
	インスリン	b	d				
指導希望内容 1. 一日の摂取エネルギー量が知りたい 2. 軽度・嚴重な指導を希望 3. 前回の指導が守れないため再指導 4. その他：( )							

\* 太枠内が必須記入項目です