

# 栄養指導依頼票

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会  
安城更生病院

【施設名】

栄養指導担当医 先生

TEL ( ) -

希望日

第1希望 年 月 日 ( 曜日)

FAX ( ) -

第2希望 年 月 日 ( 曜日)

第3希望 年 月 日 ( 曜日)

【医師名】

(※栄養指導診察：火・金曜日 AM)

フリガナ		性別		生 年 月 日															
受診者名		男 ・ 女		T・S・H・R 年 月 日															
住 所		TEL ( ) -																	
保 険 別					公 費 負 担 別														
自費	交通	労災	生保	退家	退本	国家	国本	健家	健本	高前	1割	2割	3割	高後	1割	3割	身障	母子	その他
保 険 者 番 号					公費負担者番号														
記 号		番 号		公費負担受給者番号															
資格取得		有効期限		被保険者・世帯主名															
専用用紙(地域連携栄養指導オーダー表)と本用紙を併せてFAXをお願いいたします。																			

◎予約変更(日時等)に際して、安城更生病院が直接患者さんと調整を行うことに 同意します 同意しません  
※変更となった場合は必ず紹介医へ連絡させていただきます

問い合わせ先	
○予約日時等に関すること 地域連携室 TEL(0566)74-8384	○指導内容等に関すること 栄養科 TEL(0566)75-2111 内線(1243)

安城更生病院 地域連携室 TEL(0566)74-8384 FAX(0566)77-5480

## 地域連携栄養指導オーダー表

《病名》

《指導内容》

<input type="checkbox"/> 糖尿病	【HbA <sub>1c</sub>	血糖値	】
<input type="checkbox"/> 高血圧	【BP		】
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	【TG	TC	HDL LDL】
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	【UA		】
<input type="checkbox"/> 脂肪肝	【AST	ALT	γ-GTP】
★ <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	【HbA <sub>1c</sub>	Cr	BUN K eGFR】
★ <input type="checkbox"/> 腎臓疾患	【Cr	BUN	K eGFR】

※指導希望の病名に☑、検査値の記載をして下さい。

《指示エネルギー量》

《塩分量》

★《タンパク質量》

<input type="checkbox"/> エネルギー-2000Kcal(E20)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 70g
<input type="checkbox"/> エネルギー-1800Kcal(E18)		<input type="checkbox"/> 60g
<input type="checkbox"/> エネルギー-1600Kcal(E16)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 50g
<input type="checkbox"/> エネルギー-1400Kcal(E14)		<input type="checkbox"/> 40g

※全ての指導で必ずエネルギー量、塩分量へ☑をして下さい。

塩分制限有選択の場合は塩分6gでの指導となります。

★糖尿病性腎症および腎臓病のみタンパク質量に☑をして下さい。

《継続指導》

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
----------------------------	----------------------------

※栄養指導継続の有無は、有に☑した場合、継続させていただきます。

継続無の場合は、1回のみとなります。再度、必要時に紹介状をお願い致します。

《上記以外の指示量希望の場合は下記へ手書きで指示をお願い致します。》

エネルギー;	Kcal	塩分;	g
		タンパク質;	g

《特記事項》

※問い合わせは0566-75-2111(内線1243 外来栄養指導室)までご連絡下さい。