くすのき健康栄養センター送信先
ＦＡＸ　：　06-7506-9780
Eメール:　khn.center@osaka-shoin.ac.jp

＝＝＝＝＝ 栄養食事指導申込みシート ＝＝＝＝＝

ご記入のうえ、ＦＡＸまたはEメール添付で送信ください。　　申込日　　　年　　月　　日

患者氏名		
医療機関名		
ご連絡先（どちらか）	**FAX番号**	
	Eメールアドレス	

ご希望日時をご記入してください。

◎栄養食事指導内容

別紙「栄養食事指導指示書」をご記入の上、このシートと併せてご送信ください。

◎希望日時

第1希望：　（　　）**月**　（　　）**日**　（　　）**時頃**

第2希望：　（　　）**月**　（　　）**日**　（　　）**時頃**

第3希望：　（　　）**月**　（　　）**日**　（　　）**時頃**

所要時間は４０～６０分程度です。下記相談日時の時間帯でご記入ください。
ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

くすのき健康栄養センター

〒577-0055　大阪府東大阪市長栄寺2－12－402
大阪樟蔭女子大学大学院 人間科学研究科 人間栄養学専攻附属

TEL/FAX:06-7506-9780

開館時間	月	火	水	木	金	土	日
午前 10時～12時	●	●	●	●	ー	ー	ー
午後 13時～19時	●	●	●	●	ー	○	ー

○…土曜は13時～17時まで

栄養食事指導指示書

依頼医師名

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日発行

ふりがな		性別　　□男・□女
患者氏名		
生年月日	□大・□昭 □平・□令　　　　　年　　　月　　　日	年齢　　　　歳
病名		
既往歴		

指導指示内容

対象疾患と食事内容

□腎臓病　□肝臓病　□糖尿病　□胃潰瘍　□貧血　□膵臓病　□脂質異常症

□痛風　□心臓疾患などに対する減塩食　□十二指腸潰瘍に対する潰瘍食

□クローン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食

□高度肥満症に対する治療食　□高血圧に対する減塩食（食塩６g未満）　□がん

□摂食・嚥下機能低下の状態　□低栄養状態

指導栄養量

・エネルギー（　　　　）kcal/日　・たんぱく質（　　）g/日　・脂質（　　）g/日

・その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

留意事項など

以下の項目について、わかる範囲でご記入またはデータ添付をお願いします。

身体情報	身長（　　　　）cm　現体重（　　　　）kg
血圧	収縮期（　　　　）mmHg　/　拡張期（　　　　）mmHg
血液検査データ	データ添付：　　　　□有　　　□無
	・Glu(　　)mg/dl　・HbA1c(　　)%　・TG(　　)mg/dl　・HDL-C(　　)mg/dl ・LDL-C(　　)mg/dl　・UA(　　)mg/dl　・Cre(　　)mg/dl　・BUN(　　)mg/dl ・K(　　)mmol/L　・IP(　　)mg/dl　・AST(　　)U/L　・ALT(　　)U/L ・γGT(　　)U/L　・Alb(　　)g/dl　・Hb(　　)g/dl ・その他［　　　　　　　　　　］
処方内容	データ添付：　　　　□有　　　□無
特記事項	