

くすのき健康栄養センター送信先

F A X : 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、F A X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

〒577-8550 大阪府東大阪市菱屋西4-2-26

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	●	●	●	●	—	—	—
午後 13時～19時	●	●	●	●	—	○	—

○…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 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
患者氏名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	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	データ添付： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
データ	・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： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
特記事項	