

地域連携個人栄養指導申込書

〒078-8211
旭川市1条通24丁目111番地
JA北海道厚生連旭川厚生病院

地域医療連携室 宛
TEL:FAX 0166-33-8233

紹介元医療機関住所：
紹介元医療機関名称：
医師氏名：
TEL: - -
FAX: - -

フリガナ			性別
患者氏名			男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	身長	cm 体重 kg
住所	〒		
電話番号			
希望受診日時	第1希望 月 日 時	第2希望	月 日 時

栄養指導指示箋

病名			
糖尿病食(1型 2型 妊娠糖尿病 糖尿病合併妊娠)			
・現在のHbA1c(%)			
・指示カロリー			
15単位(1200kcal)	19単位(1520kcal)	23単位(1840kcal)	
16単位(1280kcal)	20単位(1600kcal)	24単位(1920kcal)	
17単位(1360kcal)	21単位(1680kcal)	25単位(2000kcal)	
18単位(1440kcal)	22単位(1760kcal)		
糖尿病腎症食(腎症2期 腎症3A期 腎症3B期 腎不全期)			
たんぱく制限:	g/標準体重/日		
高脂血症食(T-CHO mg/dl, TG mg/dl)			
高血圧症食(血圧 ~ mmHg)			
その他			
エネルギー Kcal	塩分	g	
たんぱく質 g	脂質	g	
.....			
.....			
.....			
.....			

申込方法: 本用紙ご記載後、最新の血液データと一緒に、FAXでご連絡ください。予約が取れましたら、予約票をFAXいたしますので、患者さまにお渡しく下さい。

当院使用欄	依頼科	科	担当医師	印
-------	-----	---	------	---