

フリガナ			性別	男・女
利用者氏名				
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	(満 歳)	
住所	〒			
電話	自宅			
	緊急連絡先			

【治療状況】

現病名				
治療薬				
既往歴				
身体所見	身長	cm	体重	kg
	血圧	mmHg		
検査所見	総蛋白	g/dl	アルブミン	g/dl
	T-cho	mg/dl	HDL-cho	mg/dl
	LDL-cho	mg/dl	カリウム	mg/dl
	BUN	mg/dl	クレアチニン	mg/dl
	Hb	g/dl	HbA1c	%
	尿糖		尿蛋白	

【指導内容】

<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 膵臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍に対する潰瘍食 <input type="checkbox"/> 高血圧に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食 <input type="checkbox"/> 高度肥満 (BMI30以上) に対する治療食 <input type="checkbox"/> クローン病及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 <input type="checkbox"/> てんかん食 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能が低下した患者 <input type="checkbox"/> がん患者 <input type="checkbox"/> 低栄養状態にある患者 <input type="checkbox"/> その他 ()	エネルギー kcal たんぱく質 g 塩分 g 脂質 g 水分 ml	制限・禁止事項等
--	--	----------

上記の通り栄養食事指導を指示します

医療機関名

担当医氏名

印