

栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）

令和 年 月 日

【 紹介元医療機関情報 】

医療機関名		医師名	
TEL		FAX	

【 患者情報 】

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
住所	〒		
電話番号	[携帯電話]	[自宅]	
生年月日	明・大・昭・平・令 年	月	日 (歳)
身体状況	身長 : cm	体重 :	kg

【 栄養指導指示病名 】※ 該当する疾病名にチェックをお願いします

☐ 糖尿病	☐ 高血圧症	☐ 脂質異常症	☐ 痛風・高尿酸血症
☐ 高度肥満症（BMI30 以上または肥満度+40%以上）			
☐ 慢性腎臓病	☐ 糖尿病性腎症	☐ 慢性腎不全・人工透析	
※ 糖尿病性腎症及び慢性腎臓病の場合は、それぞれの病期をご記入ください。			
糖尿病性腎症（ ）期		CKD ステージ（ ）	
☐ 胃潰瘍	☐ 十二指腸潰瘍	☐ クロウン病	☐ 潰瘍性大腸炎
☐ その他（ ）			

【 栄養指示量 】

エネルギー	_____ kcal	☐ 病態に基づき適正栄養量を 水戸中央病院が決定する
たんぱく質	_____ g	
脂質	_____ g	
塩分	_____ g 未満	
その他	_____	
ご要望	_____	

【 現在の処方 】※ 該当する項目にチェックをお願いします

☐ ワーファリン	☐ 糖尿病薬	☐ インスリン	☐ 降圧剤	☐ その他（ ）
---------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------------------------

ご不明な点は、お問い合わせ窓口へご連絡ください

こちらの栄養指導依頼書を直近の血液検査結果を添付の上、下記の番号へ FAX ください

FAX : 029-309-8525

社会医療法人財団 古宿会 水戸中央病院 地域医療連携室