

# 稲城市立病院 栄養指導申込書

記入日 年 月 日

患者氏名 ( ) 男・女 身長 ( ) cm 現在の体重 ( ) kg  
生年月日 年 月 日 ( ) 歳

医療機関名 ( ) 依頼医師名 ( )

栄養相談日 年 月 日 事前に栄養科に連絡し取得してください

病名 ( )

## 指示栄養量

- ・エネルギー ( ) kcal
- ・蛋白質 ( ) g
- ・脂質 ( ) g
- ・塩分 ( ) g 未満
- ・水分制限 ( ) ml

## 指示内容

- ・食生活改善
- ・減塩指導
- ・減量指導
- ・カーボカウント指導
- ・エネルギー制限
- ・たんぱく制限(K・P制限)
- ・脂質制限
- ・胃切除後の食事
- ・低残渣食指導
- ・透析導入
- ・嚥下困難
- ・栄養改善
- ・食事アレルギー
- ・その他 ( )

既往歴 ( )

家族歴 ( )

飲酒 無 ・ 有 ( )

たばこ 無 ・ 有 ( 本/日)

食物アレルギー 無 ・ 有 ( )

栄養指導歴 無 ・ 有 ( )

栄養指導の内容について、管理栄養士に一任 する ・ しない

※上記を可能な範囲で、ご記入下さい。ご記入後は、診療情報提供書とともに地域医療連携室へFAX送信して下さい。

・地域支援室 FAX 番号 042-377-1218

稲城市立病院 栄養科 令和4年4月改訂