

栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）

年 月 日

【紹介元医療機関情報】

医療機関名		
医師名		
電話番号	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	年	月	日 歳
身体状況	身長 :	cm	体重 : kg

【病名・病歴・経過など】※糖尿病の合併症などあれば併せて記載をお願いします

--

【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
☐ 高尿酸血症	☐ 高度肥満症（BMI30以上または肥満度40%以上）	
☐ 腎臓病 ※ 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（
☐ 心臓病	☐ 鉄欠乏性貧血	☐ 胃・十二指腸潰
☐ 肝臓病 ※ 塩分制限・たんぱく質制限などの食事療法を必要とする場合に限り		
☐ その他	（	

【栄養指示量】※必要な項目のみ記載

エネルギー	kcal	【現在の処方】
たんぱく質	g	☐ 無 ☐ 有
脂質	g	処方内容：
塩分	g未満	（
その他（	）	）
☐ 病態に基づき適正栄養量をサルスクリニックが決定		【栄養指導の継続】 ☐ 継続指導を希望 （患者様と相談の上、複数回の栄養指導を検討します） ※継続指導の場合はおおそ半年毎に 栄養指導依頼書の作成をご依頼しております