

相談申込用紙

下記のとおり管理栄養士・栄養士への相談を申し込みます

申し込み年月日 :平成 年 月 日

相 談 者	職種(○で囲む) ケアマネ・看護師・介護職 その他()	お名前	
	連絡先(事業所名称など)		
	電話番号	FAX番号	
	E-mail	通常利用する連絡方法(○で囲んでください) 電話 ・ FAX ・ E-mail	
【相談内容】			
ご利用者・ご家族さま(キーパーソンとなる方)情報			
ふりがな		連絡先・連絡方法	
ご利用者名	(年齢)		
住 所			
ふりがな			
ご家族氏名	(続柄)		
住 所			
【回 答】			

依頼日:平成 年 月 日

栄養食事相談依頼書 (栄養指導指示書)

いずみホームケアクリニック
管理栄養士 行き

住所 〒125-0062
東京都葛飾区青戸5-30-4
電話 03-3603-1717
FAX 03-3603-3355

医療機関名

住所 〒

電話 FAX

医師名

新規 継続 指示内容変更 再指導

ふりがな 患者氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日		
	年齢	歳	性別 男・女
指導病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病・肥満症 <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病 <input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 潰瘍食 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃術後 <input type="checkbox"/> 低栄養
指示内容	熱量 kcal 水分 ml その他() 指示熱量等は管理栄養士が算出(可・不可) ※「管理栄養士が算出可」の場合、身体計測等により管理栄養士が指示量を決定させていただきます 身長[cm] 体重[kg] (年 月 日測定)	たんぱく質 g 塩分 g	脂肪 g カリウム mg
検査値 (添付でも可)	BS	mg/dl	クレアチニン mg/dl
	HbA _{1c}	%	BUN mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl	カリウム mg/dl
	HDLコレステロール	mg/dl	尿酸 mg/dl
	中性脂肪	mg/dl	Hb g/dl
	Alb	g/dl	検査年月日: 年 月 日
追記事項			