

		<b>栄養指導依頼票</b>					
		医院名					
		住所					
		電話					
		医師					
<b>指導日</b>	20 年 月 日 ( )	午前	午後	時	分		

<b>身体状況</b>	身長 cm, 体重 Kg, 体脂肪率 %						
<b>病名</b>	糖尿病	高血圧	腎臓病	肥満	備考		
	高脂血症	心臓病	高尿酸血症				
<b>主な検査値</b>	備考						
TP	ALB	Tcho	TG	HDL	LDL	UA	BUN
g	g	mg	mg	mg	mg	mg	mg
Cr	glucose	HbA1C	AST(GOT)	ALT(GPT)	Hb	Ht	
mg	mg	%	u	u	g	%	

<b>指示栄養量</b>		<b>連絡事項</b>	<input type="checkbox"/> 食事のめやす, 動機づけ
熱量	Kcal		<input type="checkbox"/> 食生活習慣の改善
蛋白質	g		<input type="checkbox"/> 飲酒(可, 不可)
脂質	g		<input type="checkbox"/> 運動(可, 不可)
塩分	g		その他
コレステロール	mg		
その他			

\* 必要事項にご記入ください。

**柏市立柏病院**  
**《地域医療支援センター》**  
 電話番号 04(7134)1503  
 FAX番号 04(7134)1504  
 代表番号 04(7134)2000  
<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>