

(既存の様式を使用して頂いて差し支えありません)

## 栄養指導依頼書及び指示書

令和 年 月 日

内子町保健センター 行

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

患者氏名	(男・女)	生年月日	S・H	年	月	日
住所	電話番号					

疾病名						
身体状況	身長	cm	,	体重	kg	
指示事項	・飲酒(可・不可)		・運動(可・不可)			
	・エネルギー: kcal/日		・たんぱく質制限: 無・有		(g/日)	
	・食塩: 無・有 (g/日)		・カリウム制限: 無・有		(mg/日)	
	・その他 ( )					

検査値(検査日 月 日) ※下記記入または、検査データを添付願います。

血圧	/ mmHg	タンパク尿	定性	HbA1c(NGSP)	%
血糖値□空腹 □随時	mg/dl	中性脂肪□空腹 □随時	mg/dl	HDL-C	mg/dl
LDL-C	mg/dl	総コレステロール	mg/dl	eGFR	
尿酸	mg/dl	クレアチニン	mg/dl	血清アルブミン	g/dl
AST(GOT)	IU/l	ALT(GPT)	IU/l	γ-GTP	IU/l

<連絡事項等> その他指導に関して留意事項等があればご記入ください。

※個人情報保護法に基づき、上記目的以外にこの情報を使用することはありません。

内子町役場 内子町保健センター：管理栄養士  
〒795-0392 内子町平岡甲 168 番地  
TEL：0893-44-6155/FAX：0893-44-3831