

F A X 栄養食事指導依頼票

国立病院機構東京病院
栄養管理室 宛

栄養食事指導を申し込みます。

紹介元
住所
医療機関名
医師名
TEL - - FAX - -

下記の該当欄にご記入の上、地域医療連携室（FAX 042-491-2125）まで、F A Xをお願いします。
(この依頼票をもって紹介状とさせていただきますので、封筒に入れて当日患者さまに持参させて下さい。)

指導予約日：平成 年 月 日 時 分

フリガナ 患者氏名	性別	生年月日	
		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住 所	TEL - -	職 業	

主病名

糖尿病 高血圧症 高脂血症 その他 ()

指 示：エネルギー kcal、P g、F g、Nacl g

特記事項：

【検査項目】

身 長

体 重： 現在 () kg → 目標 () kg

B M I

腹 囲： 現在 () cm → 目標 () cm

栄養状態：良好・低栄養・肥満

収縮期／拡張期血圧 (/) mmHg

運動負荷心電図

その他

【血液検査項目】

血糖 mg/dl (空腹時・食後)、HbA1c %

Tcho mg/dl、HDL-cho mg/dl、LDL-cho mg/dl

T G mg/dl、T P g/dl、A I b g/dl

B U N mg/dl、尿酸 mg/dl、C r e mg/dl

【達成目標】患者さまと相談した目標がありましたらご記入下さい。

【行動目標】患者さまと相談した目標がありましたらご記入下さい。

問題点