

(神戸掖済会病院 紹介用)

栄養指導依頼書

医療機関名

紹介医師名

患者	(フリガナ) 氏名	様 男・女		神戸掖済会病院受診歴 1. 有 (ID) 2. 無 3. 不明	
	生年月日			職業	
住所	〒				
	☎自宅 ()	-	連絡先 ()	-	
希望日	第1 (月 日)、第2 (月 日) (午前・午後)				
備考					
主保険	保険番号	記号・番号		1. 本人	
				2. 家族	
併用保険	負担者番号	受給者番号	種別	1. 有	
				2. 無	
病名					
指導対象者					
身長	cm	体重	kg		
指導内容	該当項目に○もしくは記入をお願いいたします。				
<指導回数> 一回完結指導 継続指導 (1回/月 ・ 1回/3ヶ月 ・ 1回/半年 ・ その他)					
<指導内容> エネルギー調整 (制限・増加) ・ 塩分制限 ・ 脂質制限 その他指導内容 ()					
<指導栄養量>					
	低	←	標準	⇒	高
エネルギー (kcal/kg)	体重×25kcal	体重×28kcal	体重×30kcal	体重×32kcal	体重×35kcal
例：体重50kgの場合	1250kcal/日	1400kcal/日	1500kcal/日	1600kcal/日	1750kcal/日
タンパク質 (g/kg)	体重×0.8g	体重×0.9g	体重×1.0g	体重×1.1g	体重×1.2g
例：体重50kgの場合	40g/日	45g/日	50g/日	55g/日	60g/日
塩分 (g/日)	5 g	6 g	制限なし		
* 体重は標準体重を使用					
<その他の指導内容> ()					
その他患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好					