

# 診療情報提供書(栄養指示箋)

貴院名 \_\_\_\_\_

依頼日 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_

下記のご記入をお願いいたします。 ※は必須項目

患者情報			
※ フリガナ 氏名	(男・女)	職業	
※ 生年月日		家族構成	
身長		調理担当者	
体重		連絡先	

当クリニックより予約等の内容でご連絡させていただく場合がございます。

疾患情報	
※ 主病名	
合併症	

診療情報	

※ 栄養指示量 ( <input type="checkbox"/> 東京綾瀬腎クリニックにて処方 )			
エネルギー	kcal		アルコール許可量 不可 可(量: )
たんぱく質	g	%E	喫煙許可量 不可 可(量: )
脂質	g	%E	脂質構成 P/S比:
炭水化物	g	%E	<b>指導加算対象食 ※必ずご記入ください</b>
食塩	g		<input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 減塩食
カリウム	mg		<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症) <input type="checkbox"/> 脾臓食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症
リン	mg		<input type="checkbox"/> 透析食) <input type="checkbox"/> 潰瘍食
水分	食事内	ml	<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 貧血食
	食事外	ml	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風食
<input type="checkbox"/> 継続指導希望			
その他特記事項			

・栄養指導実施のため、検査データ(3~6か月分)の添付をお願いいたします。

・ご記入後、本書を当クリニックへFAX送信してください。

東京綾瀬腎クリニック

TEL: 03-5680-6888 FAX: 03-5680-6898