

依頼日 : 年 月 日

京都民医連太子道診療所 宛
TEL : 075-822-2660
FAX : 075-822-2885

栄養指導パス（診療情報提供書）

患者様情報	ご紹介元医療機関
フリガナ 氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 住 所 電話番号	医療機関名 住 所 医 師

主病名（当院 栄養指導対象疾患）		
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下
<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症（痛風）
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高度肥満症（BMI30以上）
<input type="checkbox"/> 貧血（鉄欠乏性）	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> その他

その他既往歴

指示栄養量	
（指示栄養量など不明な場合はガイドラインなどに基づきこちらで記入します。）	
エネルギー	1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ ()
たんぱく質	30 ・ 40 ・ 50 ・ 60 ・ 70 ・ ()
脂質	30 ・ 40 ・ 50 ・ ()
塩分制限	6 ・ 制限なし
その他	

ご報告（栄養士の指導内容）