

栄養指導箋（加西病院依頼用）

【必須記入】

氏名： _____ 生年月日： M・T・S・H 年 月 日 性別： 男・女

疾患名： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

- 栄養指導が必要な疾患：
 糖尿病 高血圧 心疾患 腎疾患
 肝疾患 脂質異常 膵疾患 潰瘍

●治療状況
 糖尿病（経口薬・インスリン） コントロール（良好・不良）
 血圧（ / mmHg） コントロール（良好・不良）
 検査値 HbA1c _____ % 血糖値 _____ mg/dl（空腹・随時）
 AST _____ IU/l ALT _____ IU/l
 TG _____ mg/dl HDL-C _____ mg/dl LDL-C _____ mg/dl
 BUN _____ mg/dl Cr _____ mg/dl

【参考項目】下記のような栄養指導メニューがあります。指示がある場合は□にチェックをつけて下さい。

* 下記指示がない場合は、疾患に応じ、編みかけメニューの実施を基本とします。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 1,200kcal 塩分 8g
<input type="checkbox"/> 糖尿病 1,400kcal 塩分 8g 女性
<input type="checkbox"/> 糖尿病 1,600kcal 塩分 8g 男性
<input type="checkbox"/> 糖尿病 1,800kcal 塩分 8g

<input type="checkbox"/> 高血圧症 塩分 6g

<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 1,400kcal 塩分 6g 女性
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 1,800kcal 塩分 6g 男性

<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 エネルギーIBW×30～32kcal
<input type="checkbox"/> 慢性腎不全 エネルギーIBW×32～35kcal

<input type="checkbox"/> 脂質異常症 1,400kcal 塩分 8g
<input type="checkbox"/> 脂質異常症 1,600kcal 塩分 8g

<input type="checkbox"/> 潰瘍(回復期)1,800kcal 塩分 10g

<input type="checkbox"/> 肝不全（蛋白不耐なし）エネルギーIBW×25～30kcal 蛋白質 1.0～1.1g/kgBW 塩分 7g
<input type="checkbox"/> 肝不全（蛋白不耐あり）エネルギーIBW×25～30kcal 蛋白質 0.6～0.8g/kgBW 塩分 7g

<input type="checkbox"/> アルコールやめる <input type="checkbox"/> アルコール控える <input type="checkbox"/> 運動量増やす <input type="checkbox"/> 運動量控える

<input type="checkbox"/> 体重減量（現体重より－3kg） <input type="checkbox"/> 体重減量（現体重より－5kg） <input type="checkbox"/> 体重減量（現体重より 5%）
* 体重 上記以外はコメント記入してください。 | <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 病期 2
<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 病期 3
<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 病期 4

<input type="checkbox"/> 腎疾患 1,500kcal 蛋白質 30g 塩分 6g
<input type="checkbox"/> 腎疾患 1,800kcal 蛋白質 40g 塩分 6g
<input type="checkbox"/> 腎疾患 1,800kcal 蛋白質 60～80g 塩分 6g

<input type="checkbox"/> 蛋白質 0.5g/kgBW 塩分 6g
<input type="checkbox"/> 蛋白質 0.5g/kgBW 塩分 6g

<input type="checkbox"/> 膵疾患中等度 1,600kcal 脂質 25g 塩分 8g
<input type="checkbox"/> 膵疾患軽度 1,800kcal 脂質 35g 塩分 8g |
|--|--|

上記に該当しない場合は、エネルギー・蛋白質・塩分などの指示量をお願いします。

コメント