## 栄養指導箋 (加西病院依頼用)

[必須記人] 氏 名:	生年月日:	T·S·H	年	月 月	<u>性別:男</u>	, • 7
<b>疾患名:</b>	身	長:	cm	体 重:_		kg
●栄養指導が必要な疾患 :		□ 髙血圧 □ 脂質異常			—	
血 圧( 検査値 AST T G	楽・インスリン) / mmHg H b A 1 c I U/I mg/dl H mg/dl	) コントローハ _% 血糖値 A L T I D L -Cr	ン(良好・不 I U/ I ng/dl L D	に良) mg/dl(空)		
【参考項目】下記のような栄養 *下記指示がない場合は、					をつけて下さい	( <b>)</b> °
□糖尿病 1,200kcal 塩分 □糖尿病 1,400kcal 塩分 □糖尿病 1,600kcal 塩分 □糖尿病 1,800kcal 塩分	8g 女性 8g 男性	□糖尿病性腎症 □糖尿病性腎症 □糖尿病性腎症	定 病期3			
□高血圧症 塩分 6 g □虚血性心疾患 1,400kcal □虚血性心疾患 1,800kcal			Okcal 蛋白	l質 40 g	塩6 g	
□慢性腎不全 エネルギー □慢性腎不全 エネルギー		_	_	_		
□脂質異常症 1,400kcal □ □脂質異常症 1,600kcal □		□膵疾患中等原 □膵疾患軽 原				
□ 潰瘍(回復期)1,800kcal	塩 10 g					
□肝不全(蛋白不耐なし) □肝不全(蛋白不耐あり)			白質 1.0~1. 白質 0.6~0.	_		
□アルコールやめる □ア	ルコール控える	□運動量増	やす 口運	動量控える		
□体重減量(現体重より-3 *体重 上記以外はコメン		畫(現体重より−5	k g)	]体重減量	(現体重より 5	5 %
上記に該当しない場合は、エ □コメント _	ネルギー・蛋白質・	・塩分などの指示	量をお願い	します。		