**栄養相談申込書（診療情報提供書）**

　　　年　　　月　　　日

一般財団法人神奈川県警友会　けいゆう病院

医療機関名

所　在　地

Ｔ　Ｅ　Ｌ

医　師　名

栄養相談　担当医

担当管理栄養士　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　　　名** | 男 ・ 女 | **身　　長** | cm  |
| **生年月日** | 年　　　 　月　　　 日生(　　　 歳)  | **体　　重** | 　　ｋｇ 　 |
| **住　　　所** |  電話番号　　　　　　　(　　　　 　)　　　　　 　 |
| **病　　　名** |  |
| **所　　　見** |  |
| **制限事項** | ● グレープフルーツ禁止・ Ca拮抗薬 … アダラート等の処方□ あり　　　　□ なし･ 脂質異常症薬 … リピトールまたはリピトールを含む合剤の処方□ あり　　　　□ なし | ● 納豆禁止･ ワーファリンの処方□ あり　　　　□ なし● アレルギー等**〔　　　　　　　　〕** |
| **あてはまる指導項目番号に○をつけてください。** |
| 番号 | ｴﾈﾙｷﾞｰ(kcal) | たんぱく質(g) | 脂　質(g) | 炭水化物(g) | 塩　分(g) | 熱量構成PFC比(%) |
| エネルギーコントロール食 |
| 1 | 1,200 | 60 | 35 | 160 | 6 | 20 : 26 : 54 |
| 2 | 1,440 | 70 | 40 | 200 | 6 | 19 : 27 : 54 |
| 3 | 1,600 | 70 | 40 | 240 | 6 | 18 : 23 : 59 |
| 4 | 1,840 | 80 | 50 | 270 | 6 | 17 : 24 : 59 |
| 5 | 2,000 | 85 | 50 | 300 | 6 | 17 : 23 : 60 |
| たんぱく質コントロール食 |
| 6 | 1,600 | 50 | 45 | 250 | 5～6 | 13 : 25 : 62 |
| 7 | 1,900 | 50 | 55 | 300 | 6以下 | 11 : 26 : 63 |
| その他 |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

**※　前日までにこちらの用紙をFAXにてお送りください。（FAX：045-221-8206地域医療連携課宛）**

**※**診療情報提供書(原本)・血液検査結果・処方箋を患者様にお渡し下さい。

当日、患者様には食事アンケートを記入していただきます。