

# 栄養指導指示書

発行日 平成 年 月 日

※空欄に記入を、該当欄は○で囲んでください。

医療機関名		医療機関連絡先	TEL	—	医師氏名	
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女	職業
住所	TEL	—	体格	身長	c m	体重
				標準体重	kg	BMI
病名	1.糖尿病 2.高血圧症 3.脂質異常症 4.痛風 5.肝臓病 6.腎臓病 7.心療内科系 8.その他					
症状経過						
投薬状況	投薬名 ※全てご記入ください ※別添(有・無)			血糖自己測定：なし・あり インスリン自己注射：なし・あり 使用インスリン名： 単位数：		
検査値の推移 ※別紙(有・無)						
検査項目/検査日	/	/	/	/	/	( ) g OGTT 【検査日 / / 】
最大血圧/最小血圧 (mmHg)	/	/	/	/	/	空腹時 30分後 60分後 120分後
空腹時血糖 (mg/dl)						血糖 (mg/dl)
( )時間後血糖値 (mg/dl)						尿糖 (mg/dl)
HbA1c (%)						その他参考事項 心電図、眼底検査など
総コレステロール (mg/dl)						
LDLコレステロール (mg/dl)						
HDLコレステロール (mg/dl)						
中性脂肪 (mg/dl)						
総タンパク (g/dl)						
血清アルブミン (g/dl)						
尿素窒素 (mg/dl)						
クレアチニン (mg/dl)						
尿たんぱく						
尿酸 (mg/dl)						生活・運動上の指示状況 飲酒：可・不可 喫煙指導：有・無 運動療法：可・不可 睡眠・休養： その他：
血色素 (g/dl)						
AST (GOT) (U/L)						
ALT (GPT) (U/L)						
LDH (U/L)						
γ-GT (γ-GTP) (U/L)						
栄養指導事項						
適応	熱量 (kcal)	食塩 (g)	その他栄養素		左記以外の栄養素等の指示	
※該当に○や記入をお願いします。						
糖尿病	1,200		※「食事摂取基準」(健康増進法第16条の2)に準じる		たんぱく質：制限あり ( g)	
高血圧症	1,400	6			脂質：制限あり ( g)	
脂質異常症	1,600	7			水分：制限あり ( ml)	
痛風	1,800	8				
肝臓病	2,000	( )				
腎臓病など	( )					
その他食事上の指示・今後の方向性連絡事項など						