


記入例 栄養指導指示書

発行日 平成〇〇年 〇月 〇〇日

※空欄に記入を、該当欄は〇で囲んでください。  本指示書発行日を記入して下さい。

医療機関名		医療機関連絡先	TEL - FAX -	医師氏名	
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女
住所	TEL -	体格	身長 cm 体重 kg BMI \downarrow \downarrow ※身長(m) ² × 22 標準体重 kg (目標± kg) ※体重(kg)÷身長(m) ²		

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
※現在治療中の疾患を記入下さい。「8.その他」の場合も、出来るだけ記入して下さい。

症状経過 平成〇年頃糖尿病に、平成〇年から経口糖尿病薬使用。当初 HbA1c は 9%であったが最近では 6%台で経過良好。体重は最近の 2 年間で 5 kg の減量に成功している。
血圧は少し高め、やや塩物が多いと思われる。 ※できるだけ詳しくご記入下さい。
脳卒中や心筋梗塞などの合併症はない。

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
※指導上重要ですので、糖尿病治療薬等以外のものも、全てご記入下さい。 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	〇/〇	□/△	/	/	/	() g OGTT 【検査日 / / 】
最大血圧/最小血圧 <mmHg>	144 / 92	168 / 102	/	/	/	空腹時 30 分後 60 分後 120 分後
空腹時血糖 <mg/dl>	128					血糖 <mg/dl>
(2)時間後血糖値 <mg/dl>		190				尿糖 <mg/dl>
HbA1c <%>	6.5	7.0				その他参考事項 心電図、眼底検査など ※全項目を網羅する必要はありませんが、最近の検査結果をできるだけご記入下さい。 栄養指導の際、大変参考になります。
総コレステロール <mg/dl>		256				
LDL コレステロール <mg/dl>	158					
HDL コレステロール <mg/dl>	38	40				
中性脂肪 <mg/dl>	284	196				
血清総タンパク <g/dl>		7.5				
血清アルブミン <g/dl>						
尿素窒素 <mg/dl>	14	16				
クレアチニン <mg/dl>	1.0	0.9				
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 : ※該当するところを〇で印し、より詳細な情報提供が必要であれば、具体的にご記入下さい。
血色素 <g/dl>	15.2	14.8				
AST (GOT) <U/L>	24	26				
ALT (GPT) <U/L>	20	28				
LDH <U/L>						
γ-GT (γ-GTP) <U/L>	52					

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
※該当に〇や記入をお願いします。				
①糖尿病 高血圧症 脂質異常症 痛風 肝臓病 腎臓病など	1,200 1,400 ①1,600 1,800 2,000 ()	6 7 ②8 ()	※「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) 脂質 : 制限あり (g) 水分 : 制限あり (ml) ※具体的な制限事項・指示事項がございましたら、ご記入下さい。

その他食事上の指示・今後の方向性連絡事項など
 食生活改善により、体重を 1 年で 2 kg 減のペースで、あと - 6 kg、また、HbA1c 5%台を目標にしようと本人と話しています。
 ※目標体重や、次回の栄養相談時期の指定やご要望等、どんなことでもかまいませんので、ご記入下さい。