

## 姫路市栄養食事指導 申込書 兼 指示書 (FAX 可)

(  初回  2 回目  3 回目 )  に  してください

送付先: 姫路市保健所 健康課 健康増進担当 <b>Fax: 079-289-0210</b> 〒670-8530 姫路市坂田町 3	申込日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名: _____ 主治医名: _____ 所在地: _____ Tel./Fax.: _____
---	--

フリガナ 利用者氏名	_____ 様 (男・女)	生年月日: T / S / H _____ 年 _____ 月 _____ 日	年齢: _____ 歳
住所	〒 _____ 姫路市	☎ 自宅: _____ 携帯: _____	- -
希望の 実施場所	<input type="checkbox"/> 利用者自宅 <input type="checkbox"/> 保健所/保健センター <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
希望日時	第 1: _____ 月 _____ 日 _____ 時、第 2: _____ 月 _____ 日 _____ 時、第 3: _____ 月 _____ 日 _____ 時		
依頼事項	<input type="checkbox"/> 食事指導(治療食) <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
指導対象者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

## 〈治療状況、栄養食事指導指示内容〉

疾患名	_____				
既往歴	_____				
身体所見	身長_____ cm	体重_____ kg	BMI_____	血圧_____ / _____	
検査結果 (必要箇所のみ記入)	Alb	TP	AST	ALT	TC
	TG	K	BUN	CRE	UA
検査日 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)	血糖値	HbA1c	eGFR	ΔeGFR	
	尿たんぱく	尿中 Alb	<input type="checkbox"/> 検査データを、別紙に添付します		
現在の処方薬	_____				
特別食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 低栄養状態(体重減少、脱水、褥瘡など) <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
指示内容 (必要箇所のみ記入)	<input type="checkbox"/> エネルギー _____ kcal.		<input type="checkbox"/> たんぱく質 _____ g		
	<input type="checkbox"/> 塩分 _____ g		<input type="checkbox"/> その他( _____ )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ アレルゲン( _____ )				
特記事項	_____				

## 【決定通知】

\_\_\_\_\_ 様(医療機関名) \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お申込みいただき、有難うございました。上記の申込を受理いたしました。

派遣管理栄養士が下記のように決定いたしましたので、ご報告いたします。

派遣管理栄養士 氏名 \_\_\_\_\_

\* 追って管理栄養士から利用者様へご連絡を入れさせていただきます。

【問い合わせ先】 姫路市保健所 健康課 健康増進担当 (Tel 079-289-1697)