

病態栄養相談 ・ 成人健康相談 指導連絡表

小山市役所 健康増進課 行

実施医療機関

所在地

病院名(主治医)

下記の者について、保健栄養指導をお願いします。

令和 年 月 日

ふりがな 患者氏名	(男・女)	生年月日	T/S/H/R	年	月	日 (歳)
住所	小山市	電話番号				
疾患名	糖尿病 高血圧 脂質異常症 肥満 腎臓病 肝臓病 その他()					
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 ・ 治療していない (治療開始 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経口薬 有 ・ 無 (薬品名) 朝 昼 夕 就寝前 <input type="checkbox"/> その他					
検査結果	身長	体重	標準体重	BMI	腹囲	血圧
	cm	kg	kg		cm	mmHg / mmHg
	空腹時血糖		mg/dl		HDLコレステロール mg/dl	
	HbA1c		%		中性脂肪 mg/dl	
LDLコレステロール		mg/dl		その他		
医師の 指示事項	1. 指示エネルギー量 kcal/日 2. 指示栄養(塩分量)(たんぱく質量) g/日 3. 運動 可 ・ 不可(理由) 4. 飲酒 可 ・ 不可(理由)					
特記事項						

相談希望の方へ..

医師に指示された方は、下記の問い合わせ先まで電話で栄養相談の予約を取って下さい。
 また、相談日までにこの用紙を健康増進課 健康づくり推進係までご持参下さい。

【問い合わせ先】

小山市 健康増進課 健康づくり推進係
 担当者: 櫻井・坂本
 TEL: 0285-22-9520
 FAX: 0285-22-9543