

東近江市保健センター館長 様

下記のとおり、栄養相談を依頼します。

医療機関名

主治医

(署名または押印をお願いいたします)

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------|---------------------------|--------|-----|--|
| 氏名 | | 生年月日 | | 性別 | 男・女 | |
| 住所 | 東近江市 電話番号 () | | 服薬 | | | |
| 病名 | | | | | | |
| 指導内容 | <input type="checkbox"/> 体重の増量・減量 | | ⇒ 目標体重 | kg | | |
| | <input type="checkbox"/> 血糖コントロールの改善 | | ⇒ 目標 HbA1c | % | | |
| | <input type="checkbox"/> 減塩 | | ⇒ 目標 | g/日未満 | | |
| | <input type="checkbox"/> たんぱく質制限 | | ⇒ 目標 | g/日 | | |
| | <input type="checkbox"/> カリウム制限 | | ⇒ 目標 | mg/日未満 | | |
| | <input type="checkbox"/> 脂質摂取量の適正化 | | ⇒ 目標 | g/日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 検査データ (検査実施日 年 月 日) ※データ添付の場合は不要 | | | | | | |
| 身長 | 体重 | 血圧 | 尿蛋白 | | | |
| cm | kg | / mmHg | | | | |
| 中性脂肪 | T-ch | HDL-ch | LDL-ch | | | |
| mg/dL | mg/dL | mg/dL | mg/dL | | | |
| 血糖値 | HbA1c | クレアチニン | eGFR | | | |
| mg/dL | % | mg/dL | mL/min/1.73m ² | | | |
| 指 示 栄 養 量 (任意) | | | | | | |
| エネルギー | たんぱく質 | 脂質 | 食塩 | | | |
| kcal/日 | g/日 | g/日 | g/日 | | | |
| そ の 他 の 指 示 事 項 | | | | | | |
| | | | | | | |

栄養相談について

1 栄養相談の流れ

医療機関もしくはご本人から、お電話にて栄養相談をお申込みください。

東近江市保健センター IP電話 050-5801-5050 電話 0748-23-5050

主治医にて栄養相談指示票（裏面様式1）を記載いただき、保健センターまで郵送してください。

保健センターもしくは支所にて、栄養相談を実施します。

医療機関に栄養相談結果連絡票を郵送し、指導内容を報告します。

2 栄養相談の内容例

※ 個人に合わせて、指導内容を変更する場合があります。

| | |
|--------------------------|--|
| 体重の減量 | 目標体重に合わせて、エネルギー摂取量の過不足について指導します。 例) 適切な食事量の確認、間食の摂り方、運動の促し |
| 血糖コントロールの改善 | 指示栄養量（推定エネルギー必要量）に基づき、エネルギー摂取量の過不足と食事バランスについて指導します。 高齢者は、特にHbA1cの目標値をご記入ください。 |
| 腎機能低下 (たんぱく制限・カリウム制限) | 指示栄養量に基づき、腎機能の維持にむけた指導を行います。 高血圧・高血糖があれば、改善にむけた指導を重点的に行います。 たんぱく質制限・カリウム制限が必要な場合は、必ず具体的な指示量をご記入ください。 |
| 減塩 | 指示栄養量に基づき、減塩について指導します。 例) 食塩含有量の多い食品・料理の摂り方、薄味で調理する方法など 運動に制限があれば、その他の指示事項にご記入ください。 |
| 脂質摂取量の適正化 | 指示栄養量に基づき、脂質摂取について指導します。 例) 飽和脂肪酸を多く含む食品の摂り方、間食の摂り方、体重コントロールなど |
| 嚥下調整食 | 咀嚼・嚥下能力に応じた食品の選択方法・調理方法を指導します。 例) 学会分類2021に応じた調理方法、エネルギーアップにむけた食事の摂り方など |