

様式 1

栄 養 相 談 指 示 票

年 月 日

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	☐ 体重の増量・減量		⇒	目標体重	kg
	☐ 血糖コントロールの改善		⇒	目標 HbA1c	%
	☐ 減塩		⇒	目標	g / 日未満
	☐ たんぱく質制限		⇒	目標	g / 日
	☐ カリウム制限		⇒	目標	mg / 日未満
	☐ 脂質摂取量の適正化		⇒	目標	g / 日
	☐ 嚥下調整食				
	☐ 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、相談内容を報告します。

2 栄養相談の内容例

※ 個人に合わせ、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。 <u>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。</u>
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 <u>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。</u>
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