

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 Fax: 079-289-0210 〒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	☐ 利用者自宅 ☐ 保健所/保健センター ☐ 医療機関 ☐ 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	☐ 食事指導（治療食） ☐ 調理指導 ☐ その他（ ）			
指導対象者	☐ 本人 ☐ 家族（ ） ☐ 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 _____ □検査データを、別紙に添付します
現在の処方薬	
特別食	☐ 腎臓病食 ☐ 糖尿病食 ☐ 減塩食 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 低栄養状態(体重減少、脱水、褥瘡など) ☐ その他 ()
指示内容 (必要箇所のみ記入)	☐ エネルギー _____kcal. ☐ たんぱく質 _____g ☐ 塩分 _____g ☐ その他()
アレルギー	☐ 無 ☐ 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)