

栄養相談連絡票

佐野市長様

紹介日 年 月 日

医療機関

所在地

下記のとおり栄養相談を実施するよう連絡します。

受診者名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	佐野市	電話番号	
疾患名		合併症	

検査結果 (必要項目について記入してください)

検査結果	身体計測	身長	cm	その他
		体重	kg	
		B M I		
	血 圧		/ mmHg	
	脂 質	中性脂肪	mg/dl	
		HDL-C	mg/dl	
		LDL-C	mg/dl	
	糖 尿 病	空腹時血糖		
		随時血糖		
		HbA1c (NGSP)	%	
		尿 糖		
	肝 機 能	GOT (AST)	IU/l	
		GPT (ALT)	IU/l	
		γ - GTP	IU/l	
	尿	尿 蛋 白		

指示事項 (必要事項について記入してください)

指示内容	標準体重	kg	その他・特記事項
	指示エネルギー	kcal	
	たんぱく質量	g/日	
	塩分制限	g/日	
	水分制限	無 ・ 有	
	飲 酒	可 ・ 不可	
	運 動	可 ・ 不可	

* 予約制 佐野市健康増進課 24-5770 までお申し込みください