様式２

低栄養保健指導指示書

令和　　年　　月　　日

市町担当課長　様

医療機関名

かかりつけ医名　　　　　　　　　　　　　　　印

〒

　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | | 男・女 |
| 住所 |  | | | 電話番号 |  | |
| 保健指導に関する指示内容 | | | | | | |
| 該当項目へチェック☑  保健指導を実施することが　□適当　　□不適当  《該当する病名》  　□　低栄養　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　）  《依頼する指導内容》  □　食事指導　　□　服薬指導　　□　運動指導　　□　禁煙指導　　□　その他  留意事項  　　　　　　　　　エネルギー　　㎉　　水分　　　ml | | | | | | |
| 《検査値（　　　年　　月　　日現在）》  身長　　　　ｃｍ　血圧　　　～　　mmHg  体重　　　　　kg　　ＢＭＩ（　　　　）  その他（　　　　　　） | | | 血清アルブミン　　　　　　　　　　g/dl  （数字が分かる時は記入してください） | | | |
| 《自由記載欄》  （保険者が対象者ごとに医師に確認したい内容や、医師による治療状況等の記入に使用） | | | | | | |

≪愛媛県版糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改訂　一部改変≫