

(指示書) 医師名

指示年月日 令和 年 月 日

氏名	M・T・S 年 月 日生(歳)男・女
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他()
病歴	
特記事項 薬剤等	

項目		月 日現在
身体 状況	身長 cm	
	体重 kg	
	BMI kg/m ²	
検査 結果	血圧 mmHg	/
	空腹時血糖	
	()食後血糖	
	HbA1c% (JDS / NGSP)	
	ヘモグロビン	
	アルブミン	
	TC/LDL-C	/
	HDL-C	
	中性脂肪	
	AST/ALT/γ-GT	/ /
	Cr/eGFR/K	/ /
	尿アルブミン/尿蛋白	/
	その他の異常値	

指示内容		
目標体重		kg
目標BMI		kg/m ²
指示 量	エネルギー量	kcal
	たんぱく質量	g
	塩分量	g(以下)
主な 内容 指示	<input type="checkbox"/> 食事のバランス <input type="checkbox"/> 体重管理 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 経口摂取支援 <input type="checkbox"/> 栄養補給(サプリを含) <input type="checkbox"/> その他()	
	主治医の意見	

* 2回目以降の変更 (有・無) 変更がある場合は変更箇所をご記入ください。

(報告書)

管理栄養士名		訪問日	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分
指導 内容	【SOAPでご記入ください】		【本日の重点指導内容】

指
導
内
容

【SOAPでご記入ください】

Large empty rectangular box for SOAP notes.

【本日の重点指導内容】

Smaller empty rectangular box for today's key guidance content.