栄養指導依頼書

　　　年　　　月　　　日

医療機関名：

　医師名：

患者氏名：

下記、太枠は必ずご記入の上ご依頼ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【身体情報】 | 【指示栄養量】 | |  |  |
| 身長：　　　 　 cm |  | エネルギー | Kcal/日 | 塩分制限  （ 無・有 ） |
| 体重：　　　　 kg | たんぱく質 | ｇ/日 | K制限（ 無・有 ） |
| 【腎症分類】 | 【目標】 | |  |  |
| 第1期　　第３期 |  | * 現状把握 | * 食品の選定方法 | * 体重コントロール |
| 第2期 　第4期 | * ３食食べる | * 糖質コントロール |  |
|  | * その他 |  |  |

【参考】

指示エネルギー量 計算方法

＝

×

指示エネルギー量（kcal/日）＝ 目標体重（kg） × エネルギー係数（kcal/kg）

65歳未満：［身長(ｍ) ］２×２２

65歳以上：［身長(ｍ) ］２×２２～２５

軽い 労作：２5～30

普通の 労作：30～35

重い 労作：35～

糖尿病診療ガイドライン2019 より

腎症分類による指示栄養量（エネルギー以外）決定方法



糖尿病診療ガイドライン2018-2019 改変引用

燕労災病院