

栄養治療を受けられる患者さんへ

患者氏名

主医療機関名：
連絡先、カルテNo.

TEL: No.

かかりつけ医名：
連絡先、カルテNo.

TEL: No.

	診断時	開始1ヵ月後	開始2ヵ月後	開始3ヵ月後	開始4ヵ月後	開始5ヵ月後	開始6ヵ月後
医療機関	主医療機関	かかりつけ医	かかりつけ医	主医療機関	かかりつけ医	かかりつけ医	主医療機関
診察日(予定日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査データの確認	右記のような検査を受けましたか？ 	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡
体重	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg
食事内容に関する確認	①病院で食事指導を受けましたか？	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない			<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
	②ご飯はどのくらい食べられていますか？	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 食べられない	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 食べられない
	③夜食を摂っていますか？	<input type="checkbox"/> 摂っている <input type="checkbox"/> 摂っていない	<input type="checkbox"/> 摂っている <input type="checkbox"/> 摂っていない	<input type="checkbox"/> 摂っている <input type="checkbox"/> 摂っていない	<input type="checkbox"/> 摂っている <input type="checkbox"/> 摂っていない	<input type="checkbox"/> 摂っている <input type="checkbox"/> 摂っていない	<input type="checkbox"/> 摂っている <input type="checkbox"/> 摂っていない
お薬の確認	現在、お飲みいただいているお薬は飲んでいますか？ 	<input type="checkbox"/> リーバクト顆粒 3包 <input type="checkbox"/> アミノレバネン 3包 <input type="checkbox"/> 2包 <input type="checkbox"/> 1包 <input type="checkbox"/> ヘパネン 2包 <input type="checkbox"/> 1包	<input type="checkbox"/> 全部飲んでいる <input type="checkbox"/> 少し飲んでいる (包) <input type="checkbox"/> 飲めていない <input type="checkbox"/> 内服の変更あり ()	<input type="checkbox"/> 全部飲んでいる <input type="checkbox"/> 少し飲んでいる (包) <input type="checkbox"/> 飲めていない <input type="checkbox"/> 内服の変更あり ()	<input type="checkbox"/> 全部飲んでいる <input type="checkbox"/> 少し飲んでいる (包) <input type="checkbox"/> 飲めていない <input type="checkbox"/> 内服の変更あり ()	<input type="checkbox"/> 全部飲んでいる <input type="checkbox"/> 少し飲んでいる (包) <input type="checkbox"/> 飲めていない <input type="checkbox"/> 内服の変更あり ()	<input type="checkbox"/> 全部飲んでいる <input type="checkbox"/> 少し飲んでいる (包) <input type="checkbox"/> 飲めていない <input type="checkbox"/> 内服の変更あり ()
症状の確認	日常生活で思い当たることはありませんか？	<input type="checkbox"/> だるい・疲れやすい <input type="checkbox"/> 便秘になった <input type="checkbox"/> 足がむくむ <input type="checkbox"/> ポーツとする <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> だるい・疲れやすい <input type="checkbox"/> 便秘になった <input type="checkbox"/> 足がむくむ <input type="checkbox"/> ポーツとする <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> だるい・疲れやすい <input type="checkbox"/> 便秘になった <input type="checkbox"/> 足がむくむ <input type="checkbox"/> ポーツとする <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> だるい・疲れやすい <input type="checkbox"/> 便秘になった <input type="checkbox"/> 足がむくむ <input type="checkbox"/> ポーツとする <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> だるい・疲れやすい <input type="checkbox"/> 便秘になった <input type="checkbox"/> 足がむくむ <input type="checkbox"/> ポーツとする <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> だるい・疲れやすい <input type="checkbox"/> 便秘になった <input type="checkbox"/> 足がむくむ <input type="checkbox"/> ポーツとする <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> その他()

お薬はじゅうぶん飲んでいますか？治療のために、必要なお薬なので飲みましょう
処方されているお薬について飲んでいる量をチェックして下さい
じゅうぶん飲めない場合は、その都度ご相談して下さい

