

# 石狩市配食サービス治療食申込書

年 月 日

フリガナ		生年 月日	M T S H R	( )	歳
利用者氏名			年	月	日
かかりつけ 病・医院名	電話 ( )	主治医 栄養士			
病 名					栄養指導 有・無

※1 指示番号



番のコントロール食

※1 下記に表示されて居りますコントロール食より番号を選択しご記入下さいますようお願いいたします。

※2 蛋白質コントロール食(⑬～⑱)に限り、塩分量5・6・7gの中から選択していただけますの  
同欄の〔 〕内に該当値をご記入下さいますようお願いいたします。

成分		エネルギー (kcal)	蛋白質 (g)	脂質(g)	糖質(g)	塩分(g)	備考
エネルギー	① (15単位)	1,200	59	37	151	7以下	糖尿病
	② (16単位)	1,280	61	37	169	7以下	肥満
	③ (17単位)	1,360	63	37	187	7以下	高脂血症Ⅱb型
	④ (18単位)	1,440	65	37	205	7以下	
	⑤ (19単位)	1,520	74	42	205	7以下	
	⑥ (20単位)	1,600	76	42	223	7以下	
	⑦ (21単位)	1,680	78	42	241	7以下	
	⑧ (22単位)	1,760	78	51	241	7以下	
	⑨ (23単位)	1,840	80	51	259	7以下	
塩分	⑩	1,500～1,600	55～60	35～40		7以下	高血圧症
	⑪	1,700～1,800	60～65	40～45		7以下	
脂質	⑫	1,700	60～65	30		7以下	高脂血症Ⅱa型 心臓病 腎炎
蛋白質	⑬(低蛋白質食)	1,700	40	40		※2  <b>5・6・7g</b>  〔 〕	腎不全
	⑭(低蛋白質食)	1,800	50	50			透析食
	⑮(低蛋白質食)	1,800	60	52			※水分1000mlまで ※カリウム1500以下
	⑯(高蛋白質食)	1,800	70	45			ネフローゼ症候群
	⑰(高蛋白質食)	2,000	80	50			
	⑱(低蛋白質食)	1,500	40	30			⑬～⑮と同様

受付者名

---