

お食事・栄養
相談リクエスト・シート

申込日	令和 年 月 日
-----	---

当てはまるものにを入れてください。自由記載欄も含めて埋められる範囲でOKです!

お名前	
連絡先	
年齢・性別	()歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ほか
がんの部位	
治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 内容: <input type="checkbox"/> 治療後 内容: <input type="checkbox"/> 経過観察中 内容:
食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体格	身長()cm 体重()kg BMI()
心配なこと	<input type="checkbox"/> 体重を増やしたい <input type="checkbox"/> 体重を減らしたい <input type="checkbox"/> 体力をつけたい <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 骨がもろい <input type="checkbox"/> ほか()
知りたいこと	<input type="checkbox"/> 調理方法 <input type="checkbox"/> 自分にちょうど良い食事量 <input type="checkbox"/> 栄養成分(具体的に:) <input type="checkbox"/> ほか()
ほか ご希望など	