

診療情報提供書(糖尿病栄養指導予約申込書)

平成 年 月 日

紀南病院 地域医療連携室
室長 木村 りつ子先生 宛

栄養指導を申し込みます。

★指導希望日
平成 年 月 日(水・木・金)
平成 年 月 日(水・木・金)
①9時～

医療機関名
住所
TEL
FAX
医師名

患者	フリガナ氏名		性別	男・女
	住所	〒 TEL 携帯電話		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	職業	
紹介目的	糖尿病外来栄養指導			
傷病名	糖尿病(1型・2型・その他の型)			
合併症	糖尿病性網膜症 (不明・なし・単純性・前増殖性・増殖性) 糖尿病性神経障害 (不明・なし・あり) 糖尿病性腎症 (不明・なし・あり) 虚血性心疾患 (不明・なし・あり) 脳卒中 (不明・なし・あり) 高血圧 (不明・なし・あり) 脂質異常症 (不明・なし・あり)			
既往症及び家族歴	糖尿病 家族歴 (不明・なし・あり)			
症状経過及び治療経過・検査結果	罹病期間: 約 年 身長: cm 体重: kg 血圧 / mm Hg 尿蛋白: mg/dl BMI HbA1C 現在 血糖(空腹時) mg/dl 血糖(食後) mg/dl データ TC mg/dl 添付でも LDL mg/dl 可 HDL mg/dl TG mg/dl BuN mg/dl クレアチニン mg/dl			
栄養指導内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 ・指示エネルギー Kal (単位) Kal/Kg/日 ・塩分制限 なし ・あり g/日 ・たんぱく制限 なし ・あり g/日 ・カリウム制限 なし ・あり ・その他 ・備考(特記事項)			
薬歴	※お薬手帳のコピー添付でも可			
本症例の特記事項				