

# 診療情報提供書(糖尿病栄養指導予約申込書)

令和 年 月 日

紀南病院 地域医療連携室  
室長 猪野 靖 先生 宛

栄養指導を申し込みます。

<p>★指導希望日</p> <p>令和 年 月 日(水・木・金)</p> <p>令和 年 月 日(水・木・金)</p> <p>① 9時～</p> <p>② 10時～</p>	<p>医療機関名</p> <p>住所</p> <p>TEL</p> <p>FAX</p> <p>医師名</p>
--	---

患者	フリガナ氏名			性別	男・女
	住所	〒			
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	職業		
TEL	携帯電話				
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			
データ可添付でも	BMI	HbA1C 現在	血糖(空腹時) mg/dl	血糖(食後) mg/dl	
	TC	mg/dl			
	LDL	mg/dl			
	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					