

栄養指導指示依頼書 兼 診療情報提供書

予約申込日 : 年 月 日

【ご予約依頼】 糖尿病外来栄養指導

ご紹介 医療機関		ご紹介 医師名	先生
電話番号	()	FAX番号	()

●患者情報

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令
名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (才)	
住所		電話番号	()

希望日	① 月 日 ② 月 日 (※ 都合が悪い日)
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 車いす ・ <input type="checkbox"/> ストレッチャー

診察申込み	受診科	内分泌・糖尿病内 科	希望医師名	
疾患 ※必須	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (<input type="checkbox"/> 1型 ・ <input type="checkbox"/> 2型) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 その他 ()			

上記疾患により、下記の内容の栄養指導をお願いしたくご紹介いたします。ご高診の程、お願いします。
記

●指示内容

患者様情報	身長	cm	体重	kg	血压	/	mmHg					
	血糖値	mg/dl (<input type="checkbox"/> 空腹時 ・ <input type="checkbox"/> 随時 ・ <input type="checkbox"/> 食後 時間)										
	HbA1c	%										
採血日 (/)	T-cho	mg/dl	HDL-C	mg/dl	LDL-C	mg/dl						
	TG	mg/dl	BUN	mg/dl	Cr	mg/dl						
治療薬	内服	()										
	インスリン	()										
	その他	()										
栄養指導 指示内容 いづれかに☑ してください	<input type="checkbox"/> 診察医にお任せします											
	<input type="checkbox"/> エネルギー	2000	kcal	・ 蛋白	75	g	・ 脂質	49	g	・ 塩分	6	g
	<input type="checkbox"/> エネルギー	1800	kcal	・ 蛋白	70	g	・ 脂質	44	g	・ 塩分	6	g
	<input type="checkbox"/> エネルギー	1600	kcal	・ 蛋白	60	g	・ 脂質	39	g	・ 塩分	6	g
	<input type="checkbox"/> エネルギー	1400	kcal	・ 蛋白	55	g	・ 脂質	34	g	・ 塩分	6	g
	<input type="checkbox"/> エネルギー	1200	kcal	・ 蛋白	45	g	・ 脂質	29	g	・ 塩分	6	g
<input type="checkbox"/> エネルギー	1000	kcal	・ 蛋白	40	g	・ 脂質	24	g	・ 塩分	6	g	
	※ その他制限 ()											
〈備考欄〉												