

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 医療機関名		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	大・昭・平・令
名前	男 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 独歩 車イス ストレッチャー

診察申し込み	受診科	内分泌・糖尿病内 科	希望医師名
--------	-----	------------	-------

疾患(※必須)	糖尿病(1型 ・ 2型)	糖尿病性腎症	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い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) 血圧(/ mmHg)
	血糖値(mg/dl)(空腹時・随時・食後 時間) HbA1c(%)
	採血日 (/)
治療薬	T-cho(mg/dl) HDL-C(mg/dl) LDL-C(mg/dl)
	TG(mg/dl) BUN(mg/dl) Cr(mg/dl)
	内服()
栄養指導 指示内容	インスリン()
	その他()
	<input type="checkbox"/> 診察医にお任せします
	<input type="checkbox"/> エネルギー2000kcal 蛋白75g 脂質49g 塩分6g ※その他制限
いずれかに ☑をして下さい	<input type="checkbox"/> エネルギー1800kcal 蛋白70g 脂質44g 塩分6g
	<input type="checkbox"/> エネルギー1600kcal 蛋白60g 脂質39g 塩分6g
	<input type="checkbox"/> エネルギー1400kcal 蛋白55g 脂質34g 塩分6g
	<input type="checkbox"/> エネルギー1200kcal 蛋白45g 脂質29g 塩分6g
	<input type="checkbox"/> エネルギー1000kcal 蛋白40g 脂質24g 塩分6g

〈備考欄〉