

診療情報提供書(栄養指導依頼書)

様式⑦

紹介先医療機関
紹介先市町村

依頼日:平成 年 月 日

かかりつけ医

_____先生 御侍史

_____医院
医師 _____

TEL (_____)

患者氏名 : _____ 様 性別 : 男 女
患者住所 : _____
生年月日 : 昭和 年 月 日

診断名	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 境界型・耐糖能異常	<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症・神経障害
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> (_____)

紹介目的 上記疾患のための食事指導のご依頼

指示事項 (_____) Kcal (_____) 単位
 蛋白質 _____ g 糖質 _____ g
 脂質 _____ g 塩分 _____ g
 脂質構成P/S (_____ / _____)
 水分制限(_____)ml/日 その他(_____)

<症状経過及び治療経過>

身長 _____ cm 体重 _____ Kg BMI _____ 腹囲 _____ cm

コントロール状態(優・良・可・不可) 最近の変化(改善・悪化・不安定)

最近の検査結果

* 検査内容及び検査結果は裏面に貼り付けもしくは別紙も可

今回のみ (_____ / _____)

ここ最近のデータ (_____ / _____) (_____ / _____) (_____ / _____)

現在の治療

食事療法(_____) Kcal 運動療法 (有 ・ 無)

内服治療中 インスリン療法中

治療上の注意点: