

(診療情報提供書) 平成 年 月 日

紹介先 東京都済生会中央病院

栄養指導依頼票

担当医 先生

予約日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

(済生会中央病院 ID)
フリガナ
氏名 男・女
生年月日
T・S・H 年 月 日 才

ご依頼元医療機関名
診療科名・ご担当医師名 先生
ご連絡先電話番号 -

紹介目的・傷病名

栄養指導関連病名	指示栄養量
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肥満・メタボリックシンドローム	熱量 Kcal
<input type="checkbox"/> 脂肪肝	
<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病	食塩 g
<input type="checkbox"/> 糖尿病腎症	熱量 Kcal 蛋白質 g
<input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 透析	食塩 g カリウム g
<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害	※その他の栄養量の指示がありましたらご記入ください。
<input type="checkbox"/> その他 ()	

既往歴・家族歴

病状経過・治療経過・検査結果・現在の処方等

連絡事項及び指導に関する希望内容や生活習慣等の情報があればご記入ください。

検査データ (検査日 月 日)		※指導に必要な項目のみ記入、もしくは検査データを添付願います。					
カリウム	mEq/l	尿素窒素	mg/dl	クレアチニン	mg/dl	尿酸	mg/dl
AST	IU/l	ALT	IU/l	γ-GTP	IU/l		
HDL-C	mg/dl	LDL-C	mg/dl	中性脂肪	mg/dl		
血糖(空腹時)	mg/dl	血糖(随時)	mg/dl	HbA1c(JDS)	%	HbA1c(NGSP)	%