

診療情報提供書

施設名		電話番号	
医師		FAX番号	

●患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号() -		

疾患	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

栄養指導指示依頼書

●指示内容

栄養指導 指示内容	(個人栄養指導 ・ 集団栄養指導) ※必要に応じて継続的に指導させていただきます。			
	エネルギー (kcal)	たんぱく質 (g)	脂質 (g)	
	塩分 (3g ・ 6g)	その他 (制限)		
患者様情報 採血日 (/)	身長 (cm)	体重 (kg)	血圧 (/ mmHg)	
	空腹時・随時・食後 () 時間	血糖 (mg/dl)	HbA1c (%)	
	T-cho (mg/dl)	HDL-C (mg/dl)	LDL-C (mg/dl)	
	TG (mg/dl)	BUN (mg/dl)	Cr (mg/dl)	
薬歴	内服 ()			
	インスリン ()			

<備考>

お申し込みは府中病院 地域医療連携室までFAX (0725-40-2148) をお願いいたします。