診療情報提供書(兼)栄養指導依頼書 《糖尿病用》

				年	月 日
		医療機関名	1		
		医師名			印
フリガナ		生年月日	西暦	年 月	日
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女
巡省以行		身長	c m	体重	kg
住所	〒 -	(TEL)			
紹介目的	貴院の管理栄養士による外来栄養指導を	受ける目的	りで上記患	者様を紹介	トします。
傷病名	□糖尿病 □糖尿病性腎症 (期)				
指導日時	水曜日 10時50分				
既往歴	□心臓病 □高血圧症 □脂質異常症 □その他()
指示 栄養量	※栄養量はこちらで算出します。 特別に指示がある場合は連絡事項に記	載ください	١,		
スの出	□塩分制限 □カリウム制限 □脂質コ	ントロール	レロ体重	コントロー	-ル
その他 指導項目	□その他()
	·目標体重()kg ·飲酒(可·	不可) ·	運動(可	・不可)	
連絡事項					

※指導当日に採血結果が必要となりますので、採血結果を患者様にお渡しください。

府中病院 地域医療連携室