

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 _____

医師名 _____ 印

※下記の項目を記載の上、採血結果と合わせて地域医療連携室までFAXしてください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女	
		身長	cm	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で上記患者様を紹介します。
傷病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症(期)
指導日時	令和 年 月 日 水曜日 <input type="checkbox"/> 9:00 <input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 11:00

既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 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。
その他 指導項目	<input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 脂質コントロール <input type="checkbox"/> 体重コントロール <input type="checkbox"/> その他
連絡事項	目標体重 () kg ・ 飲酒 (可・不可) ・ 運動 (可・不可)

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

イムスグループ 医療法人財団 明理会

〒354-0045 埼玉県入間郡三芳町上富 2177 番地

埼玉セントラル病院 ☎:049-259-0161(代)

FAX:049-257-3376(連携室直通)