

診療情報提供書 (糖尿病・内分泌内科連携栄養指導予約申込用)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名: 京都桂病院 糖尿病・内分泌内科 担当医 宛

★受診希望日			
第1希望	年	月	日
第2希望	年	月	日
第3希望	年	月	日

医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
医師名	(印)

傷病名 (該当するものに☑印をつけてください)

- 糖尿病(1型・2型・その他特定の型())
 (連携栄養指導においては、糖尿病合併妊娠および妊娠糖尿病は対象外とさせていただきます。)
- 脂質異常症(栄養指導対象:LDL-C 140mg/dl以上 or HDL-C 40mg/dl未満 or TG 150mg/dl以上)
- 高尿酸血症・痛風
- 高血圧症

患者	フリガナ氏名		性別	男・女
	住所	〒 TEL		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	職業	
紹介目的	糖尿病・内分泌内科連携栄養指導			
合併症	糖尿病腎症	[不明・なし・あり(期)]		
	高血圧症	[不明・なし・あり]		
	脂質異常症	[不明・なし・あり]		
既往症及び家族歴				
症状経過及び治療経過検査結果	※検査結果に関してはデータがあれば添付してください			
薬歴	※お薬手帳を必ずご持参頂きますようお願い致します			
指導内容	(複数選択可) <input type="checkbox"/> エネルギー (ガイドラインに準じる ・ _____ kcal) <input type="checkbox"/> たんぱく質 (ガイドラインに準じる ・ _____ g) <input type="checkbox"/> 塩分 (ガイドラインに準じる ・ _____ g) <input type="checkbox"/> 肥満の是正 <input type="checkbox"/> バランスのよい食事 <input type="checkbox"/> 外食時の注意点 <input type="checkbox"/> コレステロール制限食 <input type="checkbox"/> プリン体制限食 <input type="checkbox"/> カーボカウント <input type="checkbox"/> その他 []			
本症例の特記事項				

