

# 診療情報提供書 (内分泌・糖尿病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 内分泌・糖尿病内科 担当医 宛

<b>★受診希望日</b>			
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)

<b>傷病名 (該当するものに☑印をつけてください)</b>	
<input type="checkbox"/> 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。)
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	
<input type="checkbox"/> 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		内分泌・糖尿病内科連携栄養指導		
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				