

診 療 情 報 提 供 (食事指導依頼書)

平成 年 月 日

県立安芸津病院 食事指導担当医 行

〔発信者〕 医療機関名

担当医

TEL.

FAX.

フリガナ												性 別
患者氏名												男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)						
住 所	〒											
(電話番号)	TEL(- -)											
傷 病 名	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 高血圧症									
	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 膵炎									
	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> その他()									
紹介目的	食事指導依頼											
希望内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病食(Kcal)	<input type="checkbox"/> 高脂血症食 (<input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> 中性脂肪)										
	<input type="checkbox"/> 減塩食(食塩 6 g/日)	<input type="checkbox"/> その他()										
	<input type="checkbox"/> アルコール (可 ・ 不可)											
	<input type="checkbox"/> 食事記録評価											
治療経過	身長 cm ・ 体重 kg											
検査データ	血糖(食前,食後 時間)	HbA1c	BUN	Cr	UA	T-cho	TG	HDL	LDL	Na	K	
年 月 日												
そ の 他												
処 方												