外来栄養指導申込書（兼）診療情報提供書

地域医療支援センター
パートナー宛 FAX 03-5763-6573

年　　月　　日

東邦大学医療センター大森病院
糖尿病･代謝･内分泌センター　科　御中

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生　御侍史

所　在　地
医療機関名
電 話 番 号
F　A　X
医 師 氏 名

＊貴院の管理栄養士に以下の患者の栄養指導をお願い致します。地域医療支援センターを通じ申込致します。

１．　患者情報（※必須）

氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　（　男　・　女　）

生年月日(西暦)　　年　　月　　日　　年齢　＿＿＿＿＿＿歳

２．　病態および身体所見（※必須）

病型（　１型・２型・妊娠糖尿病・その他　）　罹病期間　約＿＿＿＿年

身長　＿＿＿＿＿＿cm　体重　＿＿＿＿＿＿kg

合併症　・網膜症　不明　－　＋（　単純・前増殖・増殖・不明　）

・腎症　不明　－　＋

（尿蛋白＿＿＿＿＿＿＿＿　クレアチニン＿＿＿＿＿mg/dL　）

・神経障害　不明　－　＋

・動脈硬化症　不明　－　＋（　脳・心・末梢・その他　）

・高血圧症　不明　－　＋

・脂質異常症　不明　－　＋

３．治療方針（分かる範囲内でご記入ください）

依頼項目：□ 個人栄養指導・□ 集団栄養指導・□ 個人及び集団の両方（□にチェックしてください）

食事療法：　指示エネルギー　＿＿＿＿＿＿＿＿＿　kcal

たんぱく質制限　－　＋　（　　g）

食塩制限　－　＋　（　　g）

内服薬・注射薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．治療経過およびコメント（分かる範囲内でご記入ください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※治療方針はお分かりになる範囲でご記入下さい。臨床検査結果(ｺﾋﾟｰ可)を添付願います。

※病態および身体所見は出来る限りご記入をお願い申し上げます。