

診療情報提供書(外来栄養指導用)

令和 年 月 日

十和田市立中央病院

医療機関名 _____

糖尿病内科 外来主治医先生

依頼医師 _____

地域医療連携部行 FAX 0176-21-1234

T E L _____

TEL 0176-23-5869

F A X _____

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
患者氏名		性別	男	・	女	年齢 歳
住所	(〒 -)					
T E L		当院受診歴	有(診察券番号)・無			

上記の患者様について、外来栄養指導をお願い致します。

紹介目的	外来栄養指導 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再指導 <input type="checkbox"/> 指導内容の変更																														
傷病名 (合併症)	糖尿病(<input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型) <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他()																														
治療経過	<input type="checkbox"/> 食事のみ <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 皮下糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 利尿剤 <input type="checkbox"/> 高脂血症薬 <input type="checkbox"/> その他の薬()																														
注意事項	禁止食品 <input type="checkbox"/> グレープフルーツ <input type="checkbox"/> ビタミンK含有食品 <input type="checkbox"/> その他()																														
身長体重	身長 () cm ・ 体重 () kg																														
栄養指導 内容	指示食種	○を付けて下さい。																													
	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧症食 <input type="checkbox"/> 高脂血症食 <input type="checkbox"/> 糖尿蛋白制限食 <input type="checkbox"/> その他() その他指示がありましたらご記入下さい。	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>身長(cm)</th> <th>エネルギー(Kcal)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>140以下</td><td>1,200</td></tr> <tr><td></td><td>141~145</td><td>1,300</td></tr> <tr><td></td><td>146~150</td><td>1,400</td></tr> <tr><td></td><td>151~155</td><td>1,500</td></tr> <tr><td></td><td>156~160</td><td>1,600</td></tr> <tr><td></td><td>161~165</td><td>1,700</td></tr> <tr><td></td><td>166~170</td><td>1,800</td></tr> <tr><td></td><td>171~175</td><td>1,900</td></tr> <tr><td></td><td>176以上</td><td>2,000</td></tr> </tbody> </table> <p>蛋白質 g 塩分 g</p>		身長(cm)	エネルギー(Kcal)		140以下	1,200		141~145	1,300		146~150	1,400		151~155	1,500		156~160	1,600		161~165	1,700		166~170	1,800		171~175	1,900		176以上
	身長(cm)	エネルギー(Kcal)																													
	140以下	1,200																													
	141~145	1,300																													
	146~150	1,400																													
	151~155	1,500																													
	156~160	1,600																													
	161~165	1,700																													
	166~170	1,800																													
	171~175	1,900																													
	176以上	2,000																													

直近の採血結果 有

※太枠部分は必ずご記入下さい。

検査	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 四肢血圧脈派検査(ABI)
----	---

希望日	第1希望	令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 11:00 <input type="checkbox"/> その他()
	第2希望	令和 年 月 日 () <input checked="" type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 11:00 <input type="checkbox"/> その他()