

診療情報提供書(外来栄養指導用)

市立岸和田市民病院宛 (FAX/072-441-8810)

令和 年 月 日

施設名		電話番号	
医師氏名		FAX番号	

○ 患者情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
住所	〒		
電話番号	() -	職業	
身長	cm	体重	kg BMI
			血圧 / mmHg

○ 疾患 (※は必須)

※ 糖尿病 (1型 2型 その他) 脂質異常症 高血圧症

合併症 ※ 腎症(2期 3期 腎不全期 透析期)

網膜症(単純・前増殖・増殖)

神経障害

その他 併存症・既存症()

病状経過

○ 検査結果(無記入箇所は必要に応じて検査をさせていただく場合もございます、ご了承下さい)

(/) ※血糖値 mg/dl(空腹時・随時・食後 時間) ※HbA1c(NGSP) %

(/) ・T-cho mg/dl ・HDL-C mg/dl ・LDL-C mg/dl ・TG mg/dl

()に検査日
※は必須

(/) ・BUN mg/dl ※Cre mg/dl

(/) ・Na mEq/l ※K mEq/l ・Cl mEq/l

(/) ※尿蛋白定性() ・尿中アルブミン mg/g・Cre (or mg/24hr)

○ 現在の治療と処方

食事療法 運動療法 その他()

経口血糖降下薬()

インスリン療法()

脂質異常症 薬物療法:()

高血圧症 薬物療法:()

○ 栄養指導内容

糖尿病食 1000 1200 1400 1600 1800 2000 2200 kcal/日

蛋白制限 なし ・ あり (g/日)

脂質制限 なし ・ あり

塩分制限 なし ・ あり (g/日)

カリウム制限 なし ・ あり