診療情報提供書（栄養指導依頼書）

諏訪赤十字病院　糖尿病　舩瀬　芳子 宛
FAX ： 0266－57－6329
申込日 ：　　年　　月　　日

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
担当医師名	
電話番号	（　　）
FAX番号	（　　）

患者様情報			
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名	ID（ No　　）		
生年月日	（ 大 ・ 昭 ・ 平 ）　　年　　月　　日 （　　歳）		
電話番号	（　　）		
希望日 ※指導日は金曜日です	第一希望　　月　　日　　第二希望　　月　　日 ・ 希望なし		
紹介目的	**栄養指導依頼**		

1. 指導病名を〇で囲んでください

糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 肥満（BMI 30以上）
肝臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 貧血（Hgb 10. 0以下） ・ 痛風 ・ 小児アレルギー

2. 身長・体重をご記入ください。

身長 ＿＿＿＿＿＿ cm　　体重 ＿＿＿＿＿＿ kg

3. カロリー指示をご記入ください。

エネルギー ： 1200kcal ・ 1400kcal ・ 1600kcal ・ 1800kcal ・ 2000kcal
その他（　　）
塩分制限 ： 4g ・ 6g ・ 8g
その他（　　）

4. 必要な検査データをご記入ください。（お手元にあるもので結構です）

血圧	（　　/　　）	血糖値		HbAlc	
総コレステロール		TG		LDL	
HDL		BUN		Cr	
eGFR		Hgb			

5. その他、ご要望等ありましたらご記入ください。

※指示内容については、当院にて調整させていただく場合があります。
※事前（受診日前）に、「診療情報提供書（栄養指導依頼書）」を医療連携課までFAXにてお送り下さい。