

# 医療機関用 診療情報提供書 (栄養指導用)

平成 年 月 日

医療機関名 佐世保共済病院  
 内科御中  
 担当医 福成 健一 先生

所在地  
 医療機関名  
 電話番号  
 F A X 番号  
 診療科  
 担当医

患者氏名		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日生( )歳	男・女					
住 所	〒								
電話番号	( )	職 業							
紹介目的	栄養指導依頼目的								
傷 病 名									
既往歴 及 家族歴	嗜好								
	薬剤アレルギー	無・有							
身長・体重	身長          cm	体重          kg							
検査結果 及 病状経過 治療経過	<i>T C      mg/dl    T G      mg/dl    HDL-C    mg/dl    LDL-C    mg/dl</i> <i>血糖      mg/dl    Hb-A1c    %    ヘモグロビンA1    %    CRE      mg/dl    BUN      mg/dl</i> <i>尿酸      mg/dl    K          mEq/l</i> その他								
現在の処方									
備考 (患者に関する留意事項など)									
添付資料	検査記録( ) その他( )								
<b>栄養指導依頼内容</b>									
指示エネルギー	kcal	指示蛋白質	g	指示塩分	g	水分制限	有・無	カリウム制限	有・無
指導食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病塩分制限食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> その他( )								