

医療機関用 診療情報提供書 (栄養指導用)

年 月 日

医療機関名 佐世保共済病院	所在地
内科御中	
担当医 金谷 晶子 先生	医療機関名
	電話番号
	FAX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 <small>(患者に関する留意事項など)</small>							
添付資料	検査記録() その他()						
栄養指導依頼内容							
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()						