

診療情報提供書兼栄養指導指示票

紹介元医療機関

医師名

フリガナ

患者氏名 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生 (歳) 体重 kg

住所 (〒 -)

電話番号 () - 済生会和歌山病院受診歴 (有・無)

1) 病名 :
2) 指導目的疾患: 糖尿病・高血圧・高コレステロール血症・高中性脂肪血症・肥満・高尿酸血症・その他 ()

既往症
家族歴
特記事項

【症状・経過】 (簡単で結構です)

【検査結果】 (検査データコピー添付でも結構です)
身長_____cm 体重_____Kg BMI_____Kg/m² 標準体重_____Kg 血圧_____/_____mmHg
HbA1c_____% 血糖値_____mg/dl (空腹時・食後)
総コレステロール_____mg/dl HDLコレステロール_____mg/dl LDLコレステロール_____mg/dl 中性脂肪_____mg/dl
尿酸窒素_____mg/dl クレアチニン_____mg/dl ナトリウム_____mEq/l カリウム_____mEq/l
GOT_____U/l GPT_____U/l γ-GTP_____U/l 尿酸_____mg/dl

【現在の処方】

【指導希望形式】 (どちらか選択下さい)
1. 個人指導 : 原則月水金の15時より
2. 集団指導 (糖尿病教室) : 月一回開催 (原則第3水曜日の14時より) 日時については予約時に問い合わせ下さい

【指示内容】 (空欄についてはこちらで判断して指示いたします)
熱量: _____kcal (_____単位)
蛋白制限 不要・要: _____g/日
塩分制限 不要・要: _____g/日以下
カリウム制限 不要・要
その他

【備考】