

# 診療情報提供書(栄養食事指導用)

年      月      日

四日市羽津医療センター  
内科 担当医 侍 史

紹介元医療機関  
登録医番号

所在地  
名称  
医師氏名  
電話番号  
FAX 番号

印

フリガナ		住 所
患者氏名		T E L
生年月日	年      月      日 (      ) 歳	性別      男 ・ 女

保険者番号	記号番号	
資格取得日	有効期限	
被保険者名	続 柄	公費負担の有効期限      年      月      日
公費負担医療の受給者番号		公費負担者番号
検査予約日	年      月      日	検査時間      午前 ・ 午後      時      分頃

検査項目	栄 養 指 導																		
検査依頼目的	<p>1. 臨床診断名:</p> <p>2. 臨床経過と指示内容:</p> <p>3. 実施済検査項目 (検査日      年      月      日)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">HbA1c</td> <td style="border: none;">HDL</td> <td style="border: none;">Cr</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">血糖値</td> <td style="border: none;">LDL</td> <td style="border: none;">eGFR</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">中性脂肪</td> <td style="border: none;">BUN</td> <td style="border: none;">その他</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </table> <p>4. 既往歴及び家族歴:</p>	HbA1c	HDL	Cr	_____	_____	_____	血糖値	LDL	eGFR	_____	_____	_____	中性脂肪	BUN	その他	_____	_____	_____
HbA1c	HDL	Cr																	
_____	_____	_____																	
血糖値	LDL	eGFR																	
_____	_____	_____																	
中性脂肪	BUN	その他																	
_____	_____	_____																	

## 指 示 内 容 及 び 身 体 状 況

	病 名	食 種 名	
指示内容	エネルギー	kcal	身体状況
	タンパク質	g	
	脂 質	g	
	塩 分	g	
		身長	cm
		体重	kg
		標準体重	kg