

# 診療情報提供書(外来栄養指導用)

平成 年 月 日

医療機関名 りんくう総合医療センター  
内分泌代謝内科 担当医 宛

紹介元 医療機関	住 所	
	医療機関名	
	医師氏名	(印)
	電話番号	

患者氏名		性 別	
患者住所		電話番号	
生年月日		職 業	

傷 病 名	病型(1型・2型・その他・前糖尿病) 腎障害など
-------	--------------------------

紹介目的	栄養指導
------	------

身 長	cm	体 重	kg	目標体重	kg
-----	----	-----	----	------	----

既往歴及び 家族歴	1 末梢神経障害    2 網膜症    3 高血圧症    4 高脂血症    5 過去に心筋梗塞 6 過去に脳卒中    7 その他( )
--------------	--

病状経過及び 検査結果	血糖(食前・食後)・HbA1c・血圧・蛋白尿やアルブミン尿・血清クレアチニンなど
----------------	--

治療経過	
------	--

現在の処方	食事のみ・経口糖尿病薬・インスリン・降圧剤・利尿剤・高脂血症用剤など
-------	------------------------------------

栄養指導内容	糖尿病食 ※該当箇所に☑ をご記入ください。	<input type="checkbox"/> B(1400kcal) <input type="checkbox"/> C(1600kcal) <input type="checkbox"/> D(1800kcal)	注意事項	
--------	------------------------------	--	------	--

備 考	(該当の項目すべてに☑をしてください) <input type="checkbox"/> 初回の栄養指導 <input type="checkbox"/> 2回目以降の栄養指導 <input type="checkbox"/> 家族とともに指導 <input type="checkbox"/> 日ごろは独居 <input type="checkbox"/> 治療上の禁止食品(酒・グレープフルーツ・ビタミンK含有食品)
	(指導の重点としての項目すべてに☑をしてください) <input type="checkbox"/> 食事療法の基本 <input type="checkbox"/> 栄養素について <input type="checkbox"/> 適正エネルギーについて <input type="checkbox"/> 宅配食について <input type="checkbox"/> 肥満の食事療法 <input type="checkbox"/> 食事記録の評価 <input type="checkbox"/> 食事量の過少について