

# 診療情報提供書(外来栄養指導用)

令和 年 月 日

医療機関名 りんくう総合医療センター

糖尿病・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)	注意事項		
		<input type="checkbox"/> C(1600kcal)			
		<input type="checkbox"/> D(1800kcal)			

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				

継続栄養指導 の必要性	<input type="checkbox"/> 【あり】の場合に、☑をしてください
----------------	--