

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	
	電話番号	

印

フリガナ					性別
患者氏名					男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	TEL	- -		
患者住所			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。	☐ B(1400kcal) ☐ C(1600kcal) ☐ D(1800kcal)	注意事項		
備 考	(該当の項目すべてに ☑ をしてください) ☐ 初回の栄養指導 ☐ 2回目以降の栄養指導 ☐ 家族とともに指導 ☐ 日ごろは独居 ☐ 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) ☐ 食事療法の基本 ☐ 栄養素について ☐ 適正エネルギーについて ☐ 宅配食について ☐ 肥満の食事療法 ☐ 食事記録の評価 ☐ 食事量の過少について				