

診療情報提供書（栄養指導予約用）

紹介先医療機関名：神戸大学医学部附属病院 糖尿病・内分泌内科・栄養外来 担当医宛

受診希望日：第 2・4 月曜日午後診 第 1 希望： 月 日（月）午後 第 2 希望： 月 日（月）午後		医療機関名 住所 TEL/FAX 医師名 ㊟			
患者	フリガナ 氏 名			男・女	
	住 所				
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	TEL		
紹介目的					
傷病名		糖尿病（1型・2型・妊娠糖尿病・その他）			
合併症		糖尿病性網膜症（なし・単純性・前増殖性・増殖性・不明）			
		糖尿病性神経障害（なし・あり・不明）			
		糖尿病性腎症（なし・あり：stage ・不明）			
		虚血性心疾患（なし・あり・不明）			
		脳卒中（なし・あり・不明）			
		脂質異常症（なし・あり・不明）			
既往症・家族歴					
症状経過・治療経過					
所見等		罹病期間： 年、身長： cm、体重 kg（最高体重 kg） 血圧： / mmHg、蛋白(Alb)尿： mg/dl			
指導希望内容 検査結果 （データ添付でも結構です）		<input type="checkbox"/> 指示栄養量 (熱量 kcal/蛋白質 g)	HbA1c	%	
		<input type="checkbox"/> ガイドラインに沿った栄養量	血糖値(空腹時/食後)	mg/dl	
		<input type="checkbox"/> 減塩指導	LDL-C	mg/dl	
		<input type="checkbox"/> 減量指導	HDL-C	mg/dl	
		<input type="checkbox"/> 禁酒・節酒指導	TG	mg/dl	
		<input type="checkbox"/> カーボカウント	BUN/Cr	mg/dl	
		<input type="checkbox"/> 糖尿病透析予防指導	Na/K/Cl	mmol/l	
		<input type="checkbox"/> その他()	eGFR	ml/min/1.73m ²	
				(採血日： 年 月 日)	
		現在の処方 （お薬手帳をご持参ください）			
特記事項					