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：毎週　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）	□指示栄養量 （熱量　kcal/蛋白質　g） □ガイドラインに沿った栄養量 □減塩指導 □減量指導 □禁酒・節酒指導 □カーボカウント □糖尿病透析予防指導 □その他（　）	HbA1c　% 血糖値(空腹時/食後)　mg/dl LDL-C　mg/dl HDL-C　mg/dl TG　mg/dl BUN/Cr　mg/dl Na/K/Cl　mmol/l 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		