

# 診療情報提供書 兼 個人栄養指導指示票

紹介元医療機関

医師名

フリガナ

患者氏名 (男・女) T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳)

住所 (〒 - )

電話番号 ( ) - 済生会和歌山病院受診歴 ( 有 ・ 無 )

1) 病名 :
2) 指導目的疾患: 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高コレステロール血症 ・ 高中性脂肪血症 ・ 肥満 ・ 高尿酸血症 その他 ( )
3) 既往症 :
4) 家族歴 :
5) 特記事項 :
<b>【症状・経過】</b> (簡単で結構です)
<b>【身体計測】</b>
身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ kg/m <sup>2</sup> 標準体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg
<b>【検査結果】</b> (コピー添付でも結構です)
HbA1c _____ % 、血糖値 _____ mg/dl (空腹時・食後)
総コレステロール _____ mg/dl、HDL コレステロール _____ mg/dl、LDL コレステロール _____ mg/dl、中性脂肪 _____ mg/dl
尿素窒素 _____ mg/dl、クレアチニン _____ mg/dl、ナトリウム _____ mEq/l、カリウム _____ mEq/l
GOT _____ U/l、 GPT _____ U/l、 γ-GTP _____ U/l、尿酸 _____ mg/dl
<b>【現在の処方】</b>
<b>【指示内容】</b> (空欄についてはこちらで判断して指示いたします)
熱量 : kcal ( 単位)
蛋白制限 : 不要 ・ 要 g/日
塩分制限 : 不要 ・ 要 g/日以下
カリウム制限 : 不要 ・ 要
その他
<b>【備考】</b>

なお、個人栄養指導は、原則 月・水・金の 15 時よりとなっております。