医療機関名　大阪府済生会　新泉南病院
内科担当医　　宛
（FAX　072-485-0217）

【電話受付時間】　TEL： 072-480-5618(内線200)
平日9:00～11：30/13:30～15：00 土曜日9:00～11：30
メールアドレス：eiyou@saiseikaisennan.jp

診療情報提供書(外来栄養指導用)

申込日　：　　年　　月　　日

紹介元 医療機関		紹介元 医師名	
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）

●患者情報

フリガナ		生年月日 □ 大 ・ □ 昭 ・ □ 平 ・ □ 令	
名前	□ 男 □ 女	年　月　日（　才）	
住所		電話番号	（　　）
紹介目的	□ 初回栄養指導　□ 継続栄養指導		
予約日	年　月　日　：		

●指示内容

栄養指示病名	□ 糖尿病 （□1型 ・ □2型 ） □ 糖尿病性腎症 □ 肥満症(BMI30以上) □ 高血圧症 □ 心疾患 □ 脂質異常症 □ 慢性腎臓病 □ その他 （　　）					
患者様情報 採血日 （　／　）	身長	cm	体重	kg	血圧	／ mmHg
	血糖値	mg/dl （ □ 空腹時 ・ □ 随時 ・ □ 食後　時間 ）				
	HbA1c	%	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL
	TG	mg/dL	AST	U/L	ALT	U/L
	γ-GTP	U/L	BUN	mg/dL	Cr	mg/dL
	UA	U/L	K	mEq/L	Hb	g/dL
治療薬	内服	（　　）				
	ｲﾝｽﾘﾝ	（　　）				
	その他	（　　）				
嗜好	飲酒 （ □ 可 □ 不可 ） 運動 （ □ 可 □ 不可 ） その他 （　　）					
指示栄養量	□ ｴﾈﾙｷﾞｰ(kcal) □ 1000 □ 1200 □ 1400 □ 1600 □ 1800 □ 2000 □ ﾀﾝﾊﾟｸ制限 （　　g/日 ） □ 脂質制限 （　　g/日 ） □ 塩分制限 （　　g/日 ） □ 水分制限 （　　ml/日 ） □ ｶﾘｳﾑ制限 □ その他の制限 （　　） □ 管理栄養士に適正な栄養量を算出させる					
〈備考欄〉						

※検査値データ、処方箋を添付いただいても構いません。