

診療情報提供書(兼)外来栄養指導依頼票

科 _____ 先生 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- FAX予約 <希望日> いつでも可
- ①令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日()
- ②令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日()
- ③令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日()

ネット予約済

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日() 時

<希望事項・その他>

下記の指示内容の指導を依頼する。 指示内容は豊田厚生医師に一任する。(下記太枠のみ記載)

医療機関名

医師名

TEL

FAX

豊田厚生記入欄 <予約確定日> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日() 時 _____ 分

*保険証とお薬手帳を持参するようご指導をお願いいたします。

フリガナ			男・女	生年月日	明・大・昭・平・令
患者氏名	旧姓	様		年 月 日	年 月 日(歳)
住所	〒 _____ - _____		TEL	自宅 携帯	
受診当日の状況	通院中	入院中	豊田厚生受診歴	有(ID _____)・無	
身体状況	身長	cm	体重	kg	BMI
					kg/m ²
今回の栄養指導	<input type="checkbox"/> 初回		<input type="checkbox"/> 再指導(継続)		<input type="checkbox"/> 指導内容の変更
傷病名経過及び依頼目的					
指導食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ⇒ 炭水化物の比率 <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 55% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> その他(食習慣に合わせて設定) <input type="checkbox"/> 糖尿病腎症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()				
指示栄養量	熱量(kcal)		食塩(g)		左記以外
	<input type="checkbox"/> 1200	<input type="checkbox"/> 1400	<input type="checkbox"/> 制限なし		<input type="checkbox"/> 蛋白質 制限あり(g)
	<input type="checkbox"/> 1600	<input type="checkbox"/> 1800	<input type="checkbox"/> 6g制限		<input type="checkbox"/> 脂 質 制限あり(g)
	<input type="checkbox"/> 2000		<input type="checkbox"/> その他(g)		<input type="checkbox"/> 水 分 制限あり(g)
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> カリウム制限あり <input type="checkbox"/> リン制限あり		
検査値	検査日: _____ 月 _____ 日		* 下欄へご記入または検査データを添付してください。		
	HbA1c(%)		TG(mg/dl)		HDL-C(mg/dl)
	LDL-C(mg/dl)		Cre(mg/dl)		BUN(mg/dl)
	尿糖		尿蛋白		カリウム(mEq/L)
連絡事項	飲酒 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		備考		
	運動 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
	<input type="checkbox"/> 減量指導				
	<input type="checkbox"/> 食事の目標・動機づけ				
	<input type="checkbox"/> 食習慣の改善				
<input type="checkbox"/> その他()					

