

診療情報提供書(兼)外来栄養指導依頼票

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 分

<希望事項・その他>

□指示内容は豊田厚生医師に一任する。(下記太枠のみ記載)

□下記の指示内容の指導を依頼する。

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 年 月 日(歳)
患者氏名	旧姓様			
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	□初回 □再指導(継続) □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)	
	□1200 □1400		□制限なし □蛋白質 制限あり(g)	
	□1600 □1800		□6g制限 □脂質 制限あり(g)	
	□2000 □その他()		□水分 制限あり(g)	
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 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()			



JA愛知厚生連

豊田厚生病院
地域医療連携課

〒470-0396 愛知県豊田市浄水町伊保原500-1 【対応時間】平日9:00~19:00
URL: <http://toyota.jaaiikosei.or.jp/> (時間外・休診日は救命救急センター外来対応)
地域医療連携課専用TEL(0565)43-5077 地域医療連携課専用FAX(0565)43-5030