JA愛知厚生連
豊田厚生病院

（医療機関→FAX→患者）　地域医療連携課　取込日　　／　　済　□

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（　）

医療機関名
医師名
TEL
FAX

＜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）

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 患者氏名		旧姓　様	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 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/㎡				
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	□糖尿病 ⇒ 炭水化物の比率 □50%　□55%　□60%　□その他（食習慣に合わせて設定）			
	□糖尿病腎症　□脂質異常症　□高血圧・心臓病　□肥満			
	□肝臓病　□透析　□その他（　　）			
指示栄養量	熱量(kcal)	食塩(g)	左記以外	
	□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（　　g）	□水　分　制限あり（　　g）	
	□その他（　　）		□ｶﾘｳﾑ制限あり □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ﾃﾞ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　□可　□不可 運動　□可　□不可 □減量指導 □食事の目標・動機づけ □食習慣の改善 □その他（　　）	備考		

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.jaaikosei.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