

# 診療情報提供書 兼 栄養指導 依頼書

申込日： 年 月 日

社会医療法人愛仁会 井上病院  
 地域医療連携室  
 FAX: 06-6368-7440  
 TEL: 06-6368-7441

医療機関 紹介元	住所		
	医療機関名		
	医師名		
	電話番号・FAX	TEL	FAX

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳
	今回の栄養指導依頼は、 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 指導内容の変更			

※希望日は申込日より1週間以降でお願いします。  
 第1希望日： 年 月 日    第2希望日： 年 月 日

<栄養指導指示病名>

2型糖尿病     胃潰瘍     糖尿病性腎症     腎臓病     透析     高血圧・心臓病  
 肥満症     脂質異常症     摂食・嚥下機能低下     低栄養     その他( )

---

身長 (          cm) 体重 (          kg) BMI (          )

指示栄養量(指示がなければこちらで算出します)→          エネルギー量          kcal

たんぱく量          g    脂質          g    水分制限          ml/日

塩分制限(6g未満)     カリウム制限     リン制限     血糖コントロール  
 その他 (                                  )

検査値(検査日)	年	月	日	※可能な範囲で、検査結果は添付でもかまいません			
BUN				mg/dl	HDL-c		IU/l
Cr				mg/dl	TG		mg/dl
eGFR				ml/min	LDL-c		mg/dl
UA				mg/dl	TP		g/dl
K				mEq/l	Alb		g/dl
IP				mg/dl	AST		IU/l
T-cho				mg/dl	ALT		IU/l

処方    食事のみ・経口糖尿病薬・インスリン・降圧剤・利尿剤・高脂血症用剤など  
 (処方内容は添付でもかまいません)

指導の重点としての項目や目標がございましたらご記入ください。