記入日　　年　　月　　日

診療情報提供書（栄養指導依頼書）

社会医療法人生長会 ベルランド総合病院
内分泌代謝科　八木 稔人 御侍史
TEL：０１２０－１３－９２１５（直通）
FAX：０１２０－５３－００９６

医療機関名：
住　　所：
T　E　L：
F　A　X：
医　師　名：　　印

フリガナ		生年月日：　明　大　昭　平　　年　　月　　日	
患者氏名		年齢：　　歳	性別：　男　　女
住所	〒		TEL：

希望日 ※水曜日以外の翌週からの 予約になります	①　　年　　月　　日　　午前中 ②　　年　　月　　日　　午前中 ③　　年　　月　　日　　午前中

紹介目的

貴院の管理栄養士による外来食事栄養指導を受ける目的で上記患者様を紹介します。

傷病名（栄養指導関連病名）

☐　2 型糖尿病　　☐1 型糖尿病　☐　糖尿病性腎症　　☐　脂質異常症

指示栄養量（指示がなければこちらで算出します）⇒　熱量　　Kcal

指示栄養量（必要時　追加指示項目）⇒　蛋白質　　g　　脂質　　g

その他指導項目

☐　塩分制限（6ｇ未満）　　☐　カリウム制限　　☐　その他（　　）

身体状況	身　　長：　　cm	体　　重：　　kg

検査値　（検査日）　　月　　日　　※　直近１ヶ月以内の検査データを記入または添付願います。

空腹時血糖	mg/dl	HbA1c（NGSP）	%	中性脂肪	mg/dl
LDL-C	mg/dl	HDL-C	mg/dl	尿酸	mg/dl
BUN	mg/dl	クレアチニン	mg/dl	カリウム	mEq/l
ヘモグロビン	g/dl				

連絡事項

☐　食事の目安、動機づけ　　☐　食生活の改善　　☐　飲酒（　可　・　不可　）　　☐　運動（　可　・　不可）

既往歴・家族歴・治療の経過・現在の処方・その他連絡事項

※お申し込みは、ベルランド総合病院 地域医療連携室まで FAX（0120-53-0096）をお願いいたします。
※指導内容は、後日郵送いたします。