

# 糖尿病 栄養食事指導 依頼書

糖尿病・内分泌内科/糖尿病センター担当医 先生侍史 送信先：細木病院 地域連携推進センター

電話番号：0120-80-8682

記入日：平成 年 月 日

FAX番号：088-822-7757

ふりがな 名前	(男・女)	今回の栄養食事指導依頼は、 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 指導内容の変更 です
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 ( 歳)	
希望日時	平成 年 月 日 午前・午後 ( 時頃) ※予約日時が確定次第、ご連絡いたします。	

## 栄養指導指示病名

- 2型糖尿病     糖尿病性腎症     脂質異常症     高血圧症・心臓病     肥満症  
 腎臓病     その他 ( )

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

指示栄養量 (必要時 追加指示項目) → たんぱく質 \_\_\_\_\_ g    脂質 \_\_\_\_\_ g

- 塩分制限 (6g未満)     カリウム制限     リン制限     水分制限 \_\_\_\_\_ ml/日  
 その他 ( )

身体情報      身長                      cm      体重                      kg      (測定日                      月                      日)

検査値 (検査日) 平成 年 月 日 ※可能な範囲でご記入ください。

HbA1c	%	空腹時血糖	mg/dl	食後血糖	mg/dl
血圧	/ mmHg	クレアチニン	mg/dl	BUN	mg/dl
カリウム	mEq/L	尿蛋白定性	一・±・+・2+以上	eGFR	

個人情報保護法にもとづき、本指導以外にこの情報を使用することはありません。

紹介医の名称 (連絡先)、医師名をお書きください。

医師名 \_\_\_\_\_

印