

## 診療情報提供書（栄養指導専用）兼予約申込書

日本医科大学付属病院  
 内分泌代謝内科 担 当 医

(紹介元医療機関)  
 医療機関名  
 TEL  
 FAX  
 医師氏名 \_\_\_\_\_ 科

フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	男 女
患者氏名				
住 所	TEL ( )			
当院 受診歴	有 無	受診歴有の場合 当院診察券番号	[ ]	

栄養指導予約日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) : \_\_\_\_\_

### 栄養指導指示内容(特になければこちらで指示します)

\_\_\_\_\_ Kcal たんぱく質/脂質/炭水化物 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ( S / M / P )  
 飽和/一価不飽和/多価不飽和脂肪酸比 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 塩分 \_\_\_\_\_ g

**疾患** 糖尿病(1型・2型・その他)、脂質異常症、肥満症、高血圧症、虚血性心疾患  
 糖尿病合併症

神経障害	あり	なし
腎症	あり	なし
	早期腎症(微量アルブミン尿)	顕性腎症(タンパク尿) 腎不全(クレアチニン上昇)
網膜症	あり	なし
	単純性 前増殖性 増殖性	レーザー光凝固後

### 患者情報:

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
 空腹時・随時 血糖 \_\_\_\_\_ mg/dl HbA1c \_\_\_\_\_ %  
 T-cho \_\_\_\_\_ mg/dl HDL-C \_\_\_\_\_ mg/dl TG \_\_\_\_\_ mg/dl  
 LDL-C \_\_\_\_\_ mg/dl ※  
 生活強度: デスクワーク 立ち仕事 力仕事 その他

(できる限り情報を埋めてください)

※ LDL-C に関しては、直接測定法はキットにより LDL 以外のリポ蛋白も含めて測定される場合があります。このため、動脈硬化学会では、空腹時採血を用いた Freidewald 法による計算値の使用を推奨しております (TG が 400mg/dl 以下の場合の症例に限る)。

公費負担者番号								(老人・高齢者負担割合 割)																		
公費負担医療の受給者番号																										
公費負担者番号								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">保 険 者 番 号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="font-size: small;">被保険者証・被保険者手帳の記号番号</td> </tr> <tr> <td>被保険者名</td> <td colspan="4"></td> <td style="font-size: small;">本人・家族</td> </tr> </table>	保 険 者 番 号						被保険者証・被保険者手帳の記号番号						被保険者名					本人・家族
保 険 者 番 号																										
被保険者証・被保険者手帳の記号番号																										
被保険者名					本人・家族																					
公費負担医療の受給者番号																										
* 保険証コピーの FAX でも構いません																										