

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: 20%;">保 険 者 番 号</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証・被保険者手帳の記号番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>被保険者名</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">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