

栄養指導箋（申し込み用紙兼情報診療提供書）① 函館市医師会病院控

函館市医師会病院

科

外来担当医先生

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称(電話番号)

医師氏名

印

患者氏名		様		性別		男・女	
生年月日		大・昭・平・令		年 月 日		(歳) 職業	
傷病名							
既往歴							
身長		cm		体重		Kg	
BMI		標準体重		Kg		血圧	
mmHg		検査項目(指導に関するDataは必ず記入して下さい。)					
血糖値		脂 質		腎 機 能		心 電 図 所 見	
空腹時血糖		総コレステロール		BUN		不 整 脈 (+) (-)	
食後(時間)		中性脂肪		クレアチニン		虚血性変化 (+) (-)	
HbA1c		HDL-C		尿 酸			
		eLDL-C		eGFR			
尿		肝 機 能		血清電解質		眼 底 所 見	
糖		GOT		Na		網 膜 症 (+) (-)	
蛋 白		GPT		K		白 内 障 (+) (-)	
微量アルブミン		r-GT					
指導食の指示(指導食は必ず指示して下さい)							
食				(単位)			
				熱量			
				Kcal			
(以下必要な場合のみ指示)							
蛋白質		g		脂肪		g	
糖質		g		食塩		g	
水分		cc		コレステロール制限		(mg/日)	
プリン体制限(ある・なし)		カリウム制限(ある・なし)		禁止食品			
特記事項(特に希望する事項について) :							
栄養指導予約日時 (年 月 日 時 分)							