

# 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

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称(電話番号)

医師氏名



患者氏名		様		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳)	職業
傷病名					
栄養指導予約日時 ( 年 月 日 時 分)					
身長	cm	体重	kg	標準体重	kg
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	
空腹時血糖		総コレステロール		BUN	
食後( 時間)		中性脂肪		クレアチニン	
HbA1c		HDL-C		尿酸	
		LDL-C			
尿		肝 機 能		血清電解質	
糖		GOT		Na	
蛋白		GPT		K	
微量アルブミン					
眼底所見					
不整脈 (+) (-)					
虚血性変化 (+) (-)					
網膜症 (+) (-)					
白内障 (+) (-)					
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)			
特記事項 (特に希望する事項について) :					