

<紀南病院 栄養指導用>

予約申込書 兼 診療情報提供書 平成 年 月 日

紀南病院

紹介元医療機関名

内科担当医様

名称

医師名

(ふりがな) 患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)	
		男 ・ 女	
主 病 名			
指示食種		指示内容	
<input type="checkbox"/> 糖尿	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 貧血	熱量(kcal/日) 1200 ・ 1400 ・ 1600
<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 脂質代謝異常	<input type="checkbox"/> アレルギー	1800 ・ 2000 ・ ()
<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 痛風	<input type="checkbox"/> 経管栄養	蛋白質(g/日) 40 ・ 50 ・ 60 ・ ()
<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍		脂質(g/日) 30 ・ 40 ・ 50 ・ ()
<input type="checkbox"/> 腎不全	<input type="checkbox"/> 低残渣		塩分(g/日) 6 ・ 10 ・ ()
<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎	特別指示	カリウム制限 ・ リン制限
<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> クローン		水分制限()ml/日
<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 術後		その他の制限
身体計測	身長	cm、	体重 kg、 (年 月 日)
血液検査値(年 月 日採血)			
血糖	mg/dl(空腹時・食後)	HbA1c	%
Tcho	mg/dl	HDL-cho	mg/dl
LDL-cho	mg/dl	LDL-cho	mg/dl
TG	mg/d	TP	mg/d
Alb	mg/d	Alb	mg/d
BUN	mg/d	UA	mg/d
Cre	mg/d	Cre	mg/d
【達成目標】 患者様と相談した目標がありましたらご記入ください。			
【特記事項・問題点など】			
希望日があれば			

紀南病院 地域連携室 FAX送信先 05979-3-1301

FAXいただければ、15分以内に予約日時をFAXでお知らせします。TEL05979-2-0500(直通)