

紹介状

FAX 083-976-0203(連携室)
小郡第一総合病院
糖尿病内科担当医 宛

平成 年 月 日
紹介元
医療機関名
医師名

患者氏名 様(男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 TEL

身長 cm 体重 kg (測定日 年 月 日)

〈傷病名・病歴〉

糖尿病 その他 ()
(病歴 年)

〈病状経過及び検査結果〉 ※尿蛋白、血清Cre値がわかれば記入をお願いいたします

HbA1c % (測定日 年 月 日)

腎症 あり なし 不明 (尿蛋白 , Cre mg/dL)

※お薬手帳と糖尿病手帳をお持ちの方は、当日ご持参をお願いいたします

糖尿病栄養指導申込書

〈予約希望日〉 年 月 日 (火)

14:00 14:30 15:00 15:30

〈栄養指導内容〉 項目をチェックしてください

糖尿病食 1200 kcal
 1440 kcal
 1600 kcal
 1840 kcal
 その他 _____ kcal
 おまかせ

糖尿病腎症食 0.6~0.8g/kg 標準体重
(蛋白制限) 0.8~1.0g/kg 標準体重
 おまかせ

※左の指示カロリーもチェックしてください

塩分制限 食塩 5~6g/日
 カリウム制限

継続栄養指導の依頼 あり なし

〈特記事項〉

※申し込み受付は予約日の1週間前までとさせていただきますのでご了承ください