

栄養食事指導依頼箋

診療所名	医師名	
TEL		
FAX		
患者氏名	性別	男 ・ 女
TEL	年齢	
	職業	
身長 _____ cm 体重 _____ kg		
BMI _____		
BP _____ / _____ mmHg		
服薬内容		
インスリン： なし ・ あり ()		
病名		
1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 脂質異常症 4. 慢性腎臓病		
5. 心疾患 6. 貧血 7. 肝疾患 8. その他 ()		
疾患と関連のある臨床検査値を下記にご記入ください。		
検査項目	年 月 日	備考
HbA1c		%
血糖値		mg/dl (空腹時・随時)
T-chol		mg/dl
LDL		mg/dl
HDL		mg/dl
TG		mg/dl
BUN		mg/dl
Cr		mg/dl
GFR		
GOT		mg/dl
GPT		mg/dl
γ-GTP		mg/dl
尿タンパク		- ・ ± ・ +
浮腫		有 ・ 無

電話で日時を予約し、本書をFAXして下さい。

栄養科直通 (TEL・FAX) 075-465-7353