栄養食事指導依頼箋

診療所名 TEL FAX	医師名
患者氏名 TEL	性別　　男　・　女 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。

電話：075-465-7353（栄養科）

FAX：075-465-7327（地域医療連携課）