

紹 介 状 (診療情報提供書 I 兼栄養指導依頼書)

年 月 日

三 島 総 合 病 院 御 中

〒411-0801 静岡県三島市谷田字藤久保2276
 TEL (055) 975-3031
 地域連携室直通 (平日 8:30~18:00)
 TEL (055) 975-2761
 FAX (055) 975-2783

担当科:

担当医:

医療機関の名称
及び所在地
担当科名
医師氏名 (印)
電話番号
FAX番号

氏 名	殿 明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)	男・女
住 所	電話番号	職業	

紹介目的: 栄養相談 (指導)	既往歴及び家族歴:
-----------------	-----------

傷 病 名:

指導内容:	<input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> カロリー制限 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> コレステロール制限 <input type="checkbox"/> 中性脂肪制限 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> その他()
-------	--

食事指示量:	・エネルギー Kcal ・塩分 g ・水分 ml/day	・たんぱく質 g ・カリウム mg ・P/S比	・脂肪 g ・コレステロール mg
--------	---	-------------------------------------	----------------------------

※データ (検査データ (写) を添付していただいても結構です。)

・身長		c m		・体重		k g		・BMI		・血 圧		／
TP	g/dl	T-chol	mg/dl	BUN	mg/dl	K	mg/dl	尿糖				
Alb	g/dl	HDL-chol	mg/dl	Cr	mg/dl	Ca	mg/dl	尿蛋白				
AST	IU/L	LDL-chol	mg/dl	UA	mg/dl	P	mg/dl					
ALT	IU/L	TG	mg/dl	Glu	mg/dl	Hb	g/dl					
γ-GTP	IU/L			HbA1c	%	PLT						

服 薬:
