

糖尿病栄養相談依頼書（患者紹介状）

令和 年 月 日

愛知医科大学病院

受診科 糖尿病内科 / 糖尿病センター
 _____先生

希望日① 令和 年 月 日 ()

希望日② 令和 年 月 日 ()

医療機関名	
所在地	
医師名	Ⓜ
TEL	() -
FAX	() -

希望日なし 愛知医科大学病院の受診歴（有・無・不明）（愛知医大 ID: _____）

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名	様	男・女		
住所	〒		TEL	() -
保険情報 <small>保険証のコピーを FAXしていただ いても結構です</small>	保険者番号		子・障・母	前高・後高(割) <input type="checkbox"/>
	記号・番号		公費負担者番号	
	続柄	本人・家族	公費受給者番号	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 糖尿病栄養相談			
傷病名 (主訴)				
既往歴	薬物アレルギー（有・無）			

《身体計測》 身長_____cm 体重_____kg 血圧_____mmHg
 《血液検査》 血糖値_____mg/dl（空腹時・随時） HbA1c _____% 総コレステロール _____mg/dl
 中性脂肪 _____mg/dl クレアチン_____mg/dl BUN_____mg/dl
 《合併症》 なし 腎症 網膜症 高血圧症 脂質異常症 低血糖 その他()
 《治療薬》 なし インスリン 経口血糖降下薬 降圧薬 脂質異常症治療薬

糖尿病食	栄養量 にチェック	エネルギー (kcal)	タンパク質 (g)	脂質 (g)	糖尿病腎症食	栄養量 にチェック	エネルギー (kcal)	タンパク質 (g)	脂質 (g)
	<input type="checkbox"/> 1	1,200	55	30		<input type="checkbox"/> 1	1,400	35	40
<input type="checkbox"/> 2	1,400	65	40	<input type="checkbox"/> 2	1,600	40	45		
<input type="checkbox"/> 3	1,600	70	45	<input type="checkbox"/> 3	1,800	45	50		
<input type="checkbox"/> 4	1,800	80	50	<input type="checkbox"/> 4	2,000	50	55		
<input type="checkbox"/> 5	2,000	85	55	<input type="checkbox"/> その他	()	()	()		
<input type="checkbox"/> 6	2,200	90	60	《塩分制限》 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
<input type="checkbox"/> その他	()	()	()						

病状・経過および検査結果