栗山赤十字病院　地域医療連携室　宛　　FAX:0123－72－1744

（様式3）

診療情報提供書兼申込用紙（栄養指導箋）

栗山赤十字病院　　科　　外来担当先生

平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地

名称（電話番号）

医師氏名　　印

患者氏名　　様　　性別　　男 ・ 女			
生年月日　明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳）　職業			
傷病名			
栄養指導予約日時　　年　　月　　日（　）午前 ・ 午後　　時　　分頃			
患者情報			
身長　　cm　体重　　kg			
疾患名　□糖尿病　□耐糖能障害（IGT）□肥満　□脂肪肝　□心不全 □術後　□胃潰瘍　□膵炎　□肝炎　□貧血　□高血圧 □脂質代謝異常（　LDL　・ TG　・ LDL、TG両方　） □腎不全　□透析食（DW　　kg）　□低栄養　□過栄養 □その他（　　）			
指示ｴﾈﾙｷﾞｰ　　kcal ＊ご希望がなければ、管理栄養士が必要ｴﾈﾙｷﾞｰを算出します。			
蛋白質制限　有り　・　無し　　カリウム制限　有り　・　無し			
検査項目　＊異常値のみの記載をお願いいたします。			
BS	mg/dℓ	T-Bil	mg/dℓ
HbA1c	%	γ-GTP	mg/dℓ
TP	g/dℓ	BUN	mg/dℓ
Alb	g/dℓ	Cre	mg/dℓ
Hgb	g/dℓ	UA	mg/dℓ
ch-E	IU/ℓ	T-Cho	mg/dℓ
AST（GOT）	IU/ℓ	HDL-C	mg/dℓ
ALT（GPT）	IU/ℓ	TG	mg/dℓ
ALP	IU/ℓ	Na	mEq/ℓ
LDH	IU/ℓ	K	mEq/ℓ
特記事項及び主治医からのコメント			
＊当院管理栄養士→かかりつけ医　への指導内容は別紙に記載し、ご報告申しあげます。			