

診療情報提供書【栄養指導】(FAX 用)

済生会山口総合病院 地域連携室 行

FAX 083-928-3357

TEL 083-901-6187

令和 年 月 日

患者氏名						
指示栄養量	<input type="checkbox"/> 貴院で指示されている場合は、指示栄養量をご記入下さい。 エネルギー kcal / たんぱく質 g / 塩分 g <input type="checkbox"/> 当院で指示可					
糖尿病教室の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※当院にて患者様と日程を調整し、後日受講して頂きます。					
病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他()					
現病歴						
身体所見	身長 cm		体重 kg			
検査値 (年 月 日) ※コピー可	GLU		TG		ALT	
	HbA1c		BUN		尿糖	
	LDL		CRE		尿蛋白	
	HDL		AST			
	その他					
投薬内容 ※コピー可						
備考						