**診療情報提供書　兼　県立中央病院紹介状**

**（地域連携栄養指導用）**

【医療機関情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 所在地 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

【患者情報】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 |  |
| 生年月日・年齢 | 　　　　　　年　　　月　　　日生　　　　（年齢　　　　　　歳） |
| 当院受診歴 | 無　・　有　（有りの場合　ＩＤ：　　　　　　　　　　　　） |
| 指導希望日 | 【第一希望日】　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　午前　・　午後 |
| 【第二希望日】　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　午前　・　午後 |
| 診断傷病名 |  |
| ※糖尿病性腎症及びＣＫＤの場合 | 下記疾患の場合は、それぞれ病期をご記入ください。糖尿病性腎症（　　　　　）期　　・　　ＣＫＤステージ（　　　　　　） |
| 身長 |  　　ｃｍ | 体重 | ｋｇ |
| 病状及び治療経過※記録添付可 |  |
| 指導食種 | □糖尿病食　　□糖尿病性腎症食　　□腎臓病食　　□高血圧症食□脂質異常症食　　□その他（　　　　　　　　） |
| 指示栄養量 | エネルギー：　　　　　　　　kcal　蛋白質　　　　　g 食塩　　 　g※上記に記載がない場合は、身体計測値・検査データ等を基に当院で決定します |
| 現在の処方※添付可 | □なし　　　□経口糖尿病薬　　□インスリン　　□降圧剤□利尿薬　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 検査値※データ添付可 | 血糖値（空腹時・食後）：　　　　　 　mg/dlHbA1c：　　　　　　％ 　Alb：　　　　 mg/dl 　　TG：　　 mg/dl HDL-cho： mg/dl　LDL-cho： mg/dl　　BUN： mg/dl　　CRE：　　　　 mg/dl eGFR： 　 mL/min/1.7m2　　K： mEq/l |