

(様式1)

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	①
所在地			
TEL		FAX	

【患者情報】

ふりがな 氏名		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	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 高血圧症食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査値 ※データ添付可	血糖値 (空腹時・食後)： mg/dl		
	HbA1c： %	Alb： mg/dl	TG： mg/dl
	HDL-cho： mg/dl	LDL-cho： mg/dl	BUN： mg/dl
	CRE： mg/dl	eGFR： mL/min/1.7m ²	K： mEq/l

連絡先

代表TEL：0296-77-1121 (病診連携内線2703)
病診連携専用FAX：0296-78-3589

茨城県立中央病院
茨城県地域がんセンター