

(様式1)

診療情報提供書兼栄養指導紹介状

重要：地域連携栄養指導は、紹介元医療機関において保険請求が行われる指導です。同指導を受けられた患者様につきましては当院でお会計されるのではなく、貴院においてお会計をしていただくことになります。同指導が行われた後、当院から貴院に指導料の請求をさせていただきますので患者様のお会計並びに保険請求処理につきましてご対応をお願い致します。

【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

(様式1)

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