**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 |  |
| 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/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/1.7m2　　K： mEq/l | | | |