

FAX	0800-800-8948 (フリーダイヤル)	TEL 026-226-5513(直通)
	026-224-1057	

_____年 _____月 _____日

糖尿病地域連携栄養指導 紹介状

病院・医院・クリニック・診療所 TEL :

紹介医師名 _____

フリ 氏 名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 (_____)cm 体重 (_____)kg

- 1) 既往歴
- 2) 通院歴
- 3) 合併症

糖尿病神経障害 : なし・あり・不明 糖尿病網膜症 : なし・あり・不明
 糖尿病腎症 : なし・あり・不明 高血圧症 : なし・あり・不明

4) 治療方針

【食事療法】

指示エネルギー (_____) kcal/日
 塩分制限 : なし・あり (_____) g/日 たんぱく制限 : なし・あり (_____) g/日

【薬物療法】

経口血糖降下薬	薬剤名 (投与量・回数)	(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)
インスリン	薬剤名 (投与量・回数)	(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)
その他の薬剤	薬剤名 (投与量・回数)	(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)
		(_____)	(_____)

5) 栄養指導希望日

- ・第1希望 (_____ 月 _____ 日 AM・PM) ・第2希望 (_____ 月 _____ 日 AM・PM)
- ・特に希望日の指定なし

紹介元への予約日通知 通知希望・不要

<患者情報> ※電話番号は、病院から確実に連絡のとれるところの記載をお願いいたします。

住所	_____	
電話番号	自宅 : _____	携帯 : _____
保険情報	国保 ・ 社保 ・ 公費 ・ その他 (_____)	本人・家族
保険者番号	: _____ 記号・番号 : _____	負担割合
公費負担番号	: _____ 受給者番号 : _____	1割・2割・3割