

| | | |
|-----|-------------------------|----------------------|
| 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 |