

中東遠総合医療センター FAX送付票（医療機関用）

（様式4）

診療情報提供書 兼 糖尿病外来栄養指導申し込み書

中東遠総合医療センター 総合内科 糖尿病担当医 宛 申込日 年 月 日

紹介元 医療機関名		担当医師		電話番号	() —
フリガナ	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)				
氏 名	様			性別	男 ・ 女
住 所				電話番号	() —
保険者番号	記号・番号				
区 分	本人・家族	公 費	乳幼児 ・ 重度医療 ・ 母子医療 ・ 生活保護 ・ その他		
受診 希望日時	第一希望日 月 日（月曜日） <input type="checkbox"/> 11時00分 <input type="checkbox"/> 11時30分				
	第二希望日 月 日（月曜日） <input type="checkbox"/> 11時00分 <input type="checkbox"/> 11時30分				
	<input type="checkbox"/> 受診予約日未定のため、患者様から後日連絡				
紹介目的	<input checked="" type="checkbox"/> 外来栄養指導（糖尿病食）				
栄養指導 指示内容	<input type="checkbox"/> 指定なし（診察医に依頼する） <input type="checkbox"/> 指定あり（エネルギー kcal）（その他栄養素 ）				
栄養指導の 目的・重点 をおく項目	<input type="checkbox"/> 糖尿病食の基本 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 間食、アルコール、外食について <input type="checkbox"/> 低血糖予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
備考	※その他紹介目的、経緯、患者情報等				

以下の項目は可能な範囲でご記入ください

病名	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> その他の糖尿病			
合併症	腎症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	網膜症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
	その他合併症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）	
投薬内容	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
身体計測値	身長（ ）cm 体重（ ）kg ※受診当日にも測定させていただきます			

※検査結果があれば添付してください

【栄養指導の申込み】 中東遠総合医療センター 地域医療支援センター
 直通電話：0537-28-8021 FAX：0537-28-8926
 平日は午前8時15分～午後6時 土曜日は午前8時15分～午後0時30分まで