

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 生活習慣病外来栄養指導申し込み書

中東遠総合医療センター 糖尿病内分泌内科 担当医 宛 申込日 年 月 日

|                         |                                                                                                                                                                               |     |                                |        |                                 |                                 |          |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------|--------|---------------------------------|---------------------------------|----------|
| 紹介元<br>医療機関名            |                                                                                                                                                                               |     | 担当医師                           |        |                                 | 電話番号                            | ( )<br>— |
| 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                            | ( )<br>— |
| 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<br>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 type="checkbox"/> 外来栄養指導（糖尿病・高血圧症・脂質異常症） ※該当病名を○で囲んでください                                                                                                               |     |                                |        |                                 |                                 |          |
| 栄養指導<br>指示内容            | <input type="checkbox"/> 指定なし（診察医に依頼する）<br><input type="checkbox"/> 指定あり（エネルギー kcal）（その他栄養素 ）                                                                                 |     |                                |        |                                 |                                 |          |
| 栄養指導の<br>目的・重点<br>をおく項目 | <input type="checkbox"/> 糖尿病食の基本<br><input type="checkbox"/> 減量<br><input type="checkbox"/> 間食、アルコール、外食について<br><input type="checkbox"/> 減塩<br><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"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他（ ） |                             |                                |                             |  |
| 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FAX予約のみ午前8時30分～午後0時15分まで