

診療情報提供書（兼 地域連携栄養指導依頼書）

記入日 年 月 日

送信先：しげい病院 地域連携室
 TEL：086-422-3655
 FAX：086-422-3658（直通）

紹介元医療機関名
 所在地
 TEL
 FAX
 医師名

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名				
住所	〒		電話	
	身長	cm	体重	kg
栄養指導指示病名 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 （ <input type="checkbox"/> 糖尿病合併 ・ <input type="checkbox"/> 透析中 ） <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> その他 （ ）				
検査結果	わかる範囲で結構です 検査結果を添付してくださってもかまいません			
Cr：_____ mg/dL eGFR：_____ mL/min/1.73m ² 尿素窒素：_____ mg/dL 尿酸：_____ mg/dL K：_____ mEq/L Ca：_____ mg/dL P：_____ mg/dL i-PTH：_____ pg/mL 血糖（空腹時・食後）：_____ mg/dL HbA1c：_____ % GA：_____ % T-Chol：_____ mg/dL HDL：_____ mg/dL LDL：_____ mg/dL TG：_____ mg/dL アルブミン：_____ g/dL BNP：_____ pg/ml NT-proBNP：_____ pg/mL 尿蛋白：□- □± □1+ □2+ □3+ P/C比：_____ g/gCr 尿微量アルブミン：_____ mg/gCr				
栄養指示	<input type="checkbox"/> エネルギー：_____ kcal <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> タンパク質：_____ g <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> 塩分：_____ g <input type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> 水分制限：_____ ml <input type="checkbox"/> 専門医に任せます			
	ご要望：			
	※しげい病院の専門医に任せる場合、栄養指示記入の必要はありません			

栄養指導依頼書を、しげい病院地域連携室：086-422-3658(直通)へFAXしてください
 検査結果を記入しない場合は検査結果のコピーもFAXしてください