

柏市食事・栄養相談依頼票(患者紹介状)

FAX送信状兼紹介元控(様式1-1)

<<紹介先医療機関名 FAX番号>> ※誤送信にご注意ください。
 おおたかの森病院 7141-1116
 岡田病院 7144-2559
 柏厚生総合病院 7145-1262
 柏市立柏病院 7134-1504
 辻仲病院柏の葉 7137-3738
 東京慈恵会医科大学附属柏病院 7164-1197

平成 年 月 日
 紹介元医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 FAX _____
 医師名 _____ 印

<<診療科>>
 内科

(フリガナ)
 患者氏名 _____ 様 性別: _____
 住所: _____ 自宅電話番号: _____
 _____ 携帯電話番号: _____
 生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職 業: _____

主訴または病名・症状
 (主訴) _____
 (病名) 糖尿病 脂質異常症 高血圧症 肝機能障害 慢性腎臓病 その他()
 (症状) _____

既往歴
 糖尿病 脂質異常症 高血圧症 肝機能障害 慢性腎臓病 その他()

治療経過

発症時期 平成 年 月 頃 現在の処方
 血糖降下剤 + - 降圧剤 + - 高脂血症用剤 + -

<<指示栄養量>>	エネルギー (kcal)	タンパク質 (g)	脂質 (g)	炭水化物 (g)	SMP比
1	1000	60	30	115	
2	1200	60	33	165	
3	1400	72	40	198	
4	1600	80	44	220	
5	1800	83	51	262	
6	2000	85	56	290	
※ 7					

※1から6以外の指示量は7に記入してください。 <<塩分制限>> _____ g

※特定健診・75歳以上の健診記録票を同時にFAXする場合、数値の記入は不要

身長	cm	中性脂肪	mg/dl	血糖値	mg/dl
				早期空腹時・随時・75g糖負荷試験(時間値)	
体重	kg	HDL コレステロール	mg/dl	HbA1c	%
BMI		LDL コレステロール	mg/dl	血清クレアチニン	mg/dl

備考 ____ヵ月後に当院に受診するようお勧めください。
 定期的に当院に通院しておりますので、受診勧奨の必要はありません。

<<受診希望日>> 第1希望 月 日 / 第2希望 月 日 / 第3希望 月 日

患者様のご希望にお応えできない場合もありますので、ご了承ください。

平成 年 月 日 FAX受信しました。 担当