

診療情報提供書【栄養食事指導用】

平成 年 月 日

【紹介先医療機関】

イムス記念病院

糖尿病科担当医 宛

東京都板橋区常盤台4-25-5

Tel 03-3932-9187 Fax 03-3550-2251

【紹介元医療機関】

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
氏名	男・女	予約日	月	日	:	
電話番号						

傷病名	
指導食種	<p><input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 脂質異常食</p> <p><input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食 <input type="checkbox"/> 膵臓・胆石食</p> <p>身長 ()cm 体重 ()kg</p> <p>総熱量 ()kcal/day 蛋白質 ()g</p> <p>塩分 ()g未満 脂質 ()g</p> <p>※検査値(採血データを添付してください。)</p>
備考	※具体的な指導内容の要望やご本人様の生活状況で気になる点がございましたら記載下さい。