

診療情報提供書（糖尿病・内分泌内科用）

年 月 日

紹介先 医療機関名

紹介元 医療機関の所在地および名称

社会医療法人財団 大和会 武蔵村山病院

糖尿病・内分泌内科

先生御侍史

医師名

印

患者情報

フリガナ					
患者氏名		性別	生年月日		年齢
住所	〒				

時下、ますますご繁栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

早速ですが、上記の患者さまをご紹介申し上げます。

紹介目的： 外来受診（専門医による診療と教育及び合併症精査）
インスリン・血糖測定導入指導 フットケア 栄養指導 歯周病
教育入院 合併症検査 その他（ ）

病名： 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 高尿酸血症
合併症： 無 有、脳血管障害 虚血性心疾患 睡眠時無呼吸
その他（ ）
糖尿病発症： 歳（昭和・平成 年ごろ）
治療開始時期： 歳（昭和・平成 年ごろ）
身長： cm 体重： kg BMI：

治療状況

血糖コントロール： 採血日 血糖値 mg/dL HbA1c %
眼科受診： 無 有 時期
薬物療法：

インスリン製剤：

*血糖測定器 メーカー： 名称：
*注入器 メーカー： 名称：

今後の方針 症状が安定した場合は当院にて加療します。 はい いいえ

備考

--

栄養指導依頼書

(武蔵村山病院栄養科用)

記入日 年 月 日

第1希望	月	日	曜日	時	分
第2希望	月	日	曜日	時	分

診療情報提供書(糖尿病・内分泌内科用)と合わせてご利用ください。

予約時に記入してFAXしてください。

フリガナ			*武蔵村山病院ID	
氏名			生年月日	年 月 日
今回の栄養指導	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 指導内容の変更	<input type="checkbox"/> 再指導	

栄養指導関連病名				
指導食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 肥満症
	<input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 肝臓・胆疾患	<input type="checkbox"/> 胃術後
	<input type="checkbox"/> その他()			

栄養指導事項	熱量(kcal)	食塩(g)	左記以外
	<input type="checkbox"/> 1,200	<input type="checkbox"/> 制限なし	たんぱく質： <input type="checkbox"/> 制限あり (g)
	<input type="checkbox"/> 1,400	<input type="checkbox"/> 6 g	脂 質： <input type="checkbox"/> 制限あり (g)
	<input type="checkbox"/> 1,600	<input type="checkbox"/> その他	水 分： <input type="checkbox"/> 制限あり (ml)
	<input type="checkbox"/> 1,800	(g)	
	<input type="checkbox"/> 2,000		
	<input type="checkbox"/> その他()		

検査値	(検査日)	月	日	*下欄へご記入又は最新の検査データを添付してください。				
	HbA1c	%	ヘモグロビン	g/dl	中性脂肪	mg/dl	LDL-C	mg/dl
	HDL-C	mg/dl	クレアチニン	mg/dl	BUN	mg/dl	カリウム	mEq/l

処方	*糖尿病治療薬以外も全てご記入又は別紙で添付してください。	
----	-------------------------------	--

連絡事項	飲酒： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	備考
	運動： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
	喫煙： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 食事の目安、動機づけ	
	<input type="checkbox"/> 食習慣の改善	

この用紙をFAXでお送りください
 送り先 武蔵村山病院 医療連携室 FAX 042-566-3451