

診療情報提供書(紹介状)－栄養指導依頼箋

紹介先
医療機関名 彦根市立病院

令和 年 月 日

担当医 糖尿病代謝内科 先生侍史

医療機関名

医師名

患者氏名	性別	生 年 月 日
	男 女	明・大・昭・平 年 月 日

身長 体重
_____ cm _____ kg

症状経過・検査結果・治療経過・薬物療法など

合併症 ☐網膜症【 無 ・単純・増殖前・増殖 】
☐神経障害
☐腎症 【 無(1期)・2期 ・3期 ・4期 】

以下につきましては可能な範囲でご記載ください。

指示エネルギー
☐ 1200 kcal
☐ 1400 kcal
☐ 1600 kcal
☐ 1800 kcal
☐ 2000 kcal
☐ 個別設定 _____ kcal

☐ 食塩制限6g以下

☐ たんぱく質制限 _____ g

運動 ☐適 ☐否

その他の指示