

# 診察・検査申込票

年 月 日

彦根市立病院 地域医療連携室宛

彦根市八坂町 1882 番地

TEL 0749(22)6053

FAX 0749(22)6093

医療機関の名称

住所

診療科/医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

TEL:

FAX

診察	受診科: _____ 医師の希望: 無・有 (医師名: _____)		
検査	検査の種類	部位等	
	CT MRI・MRA	頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部 頸椎・胸椎・腰椎・肩・膝・骨盤 心臓・その他 ( )	造影 ( 必要・不要 ) ※造影必要時にはその旨を 患者様にご説明ください。
	骨塩定量	※部位選択は不要	
	核医学(RI)	骨・ガリウム・脳血流・心臓・その他 ( )	
	超音波	腹部・頸部・甲状腺	
	内視鏡検査	上部消化管 (経口・経鼻)・下部消化管	鎮静 ( あり ・ なし )
希望日: 無・有 あればお書きください。( ) ・ できるだけ早く			

● 検査用チェック項目 ★: 造影検査時必須項目 ※: MR時必須項目

妊娠 (12週未満は 原則禁忌)	有・無	★※ 体重	kg	★薬物 アレルギー	有・無	★喘息歴	有・無	★外服シ 使用	有・無	★Cre	
※体内金属	有・無	※イレズミ (永久75%)	有・無	※心臓 ペースメーカー	有・無	※脳動脈瘤 クリップ	有・無	※閉所 恐怖症	有・無	※コンタクト レンズ	有・無

傷病名:
受診の目的:

患者情報  外来患者  入院中  入所中

フリガナ 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 - -	生年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳)
電話番号	(自宅) - - (携帯) - -		
彦根市立病院受診歴: 無・有		診察券番号 (わかる場合は記入してください): _____	

保険情報

健康保険証	保険者番号	資格取得日	年 月 日
	記号	有効期限	年 月 日
	番号	負担割合	割
	続柄	本人・家族	継続

※FAXの受付時間 月曜日～金曜日 (8:30～19:00)・木曜日 (8:30～17:00)・土曜日 (9:00～12:30)

※休日および時間外での申し込みはできません。

# 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 <input type="checkbox"/> 網膜症 【 無 ・単純・増殖前・増殖 】 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 1200 kcal		
<input type="checkbox"/> 1400 kcal		
<input type="checkbox"/> 1600 kcal		
<input type="checkbox"/> 1800 kcal		
<input type="checkbox"/> 2000 kcal		
<input type="checkbox"/> 個別設定 _____ kcal		
<input type="checkbox"/> 食塩制限6g以下		
<input type="checkbox"/> たんぱく質制限 _____ g		
運動	<input type="checkbox"/> 適	<input type="checkbox"/> 否
その他の指示		

医院での検査(血液・尿)の結果添付してください。

令和4年12月改定

# 食生活調査票

彦根市立病院 栄養治療科

あなたの普段の生活を把握するためにご協力をお願いします。

以前に血糖値や血圧が高いと言われたことはありますか	ない・ある→血糖値（ 年前に言われた） ある→血圧（ 年前に言われた） その時、栄養指導は（ 受けていない・受けた ）
自分の体重（ kg）をどう思いますか	適正・多い・少ない・わからない
20歳の頃と比較して5kg以上の体重変化はありますか	ない・ある（20歳頃 kg、生涯最高 kg）
1人暮らしですか	はい・いいえ（あなたを含めて 人暮らし）
主に調理をする人はあなたですか	はい・いいえ（妻・夫・母・嫁・その他（ ））
1日3食食べますか	はい・いいえ（朝欠食・4食以上・その他（ ））
食事時間は一定していますか	朝（ ）時・昼（ ）時・夕（ ）時・不規則
外食をしますか	はい（ 回／日・週・月）・いいえ
「はい」に○をされた方はどんな店によく行きますか	丼物・寿司・焼肉屋・めん類・定食屋・料亭 ファーストフード・ファミリーレストラン・イタリアン・中華・飲み屋・ その他（ ）
野菜不足だと思いますか	はい・いいえ
濃い味付けを好みますか	はい（塩辛い・甘い・油こい）・いいえ
市販のお惣菜を利用しますか	ほとんど食べない・毎日・週に（ 回）
漬物（梅干しや佃煮を含む）を食べますか	ほとんど食べない・1日に（ 回）
みそ汁や清まし汁を食べますか	ほとんど食べない・1日に（ 杯）
練り製品や干物を食べますか	ほとんど食べない・週に（ 回）

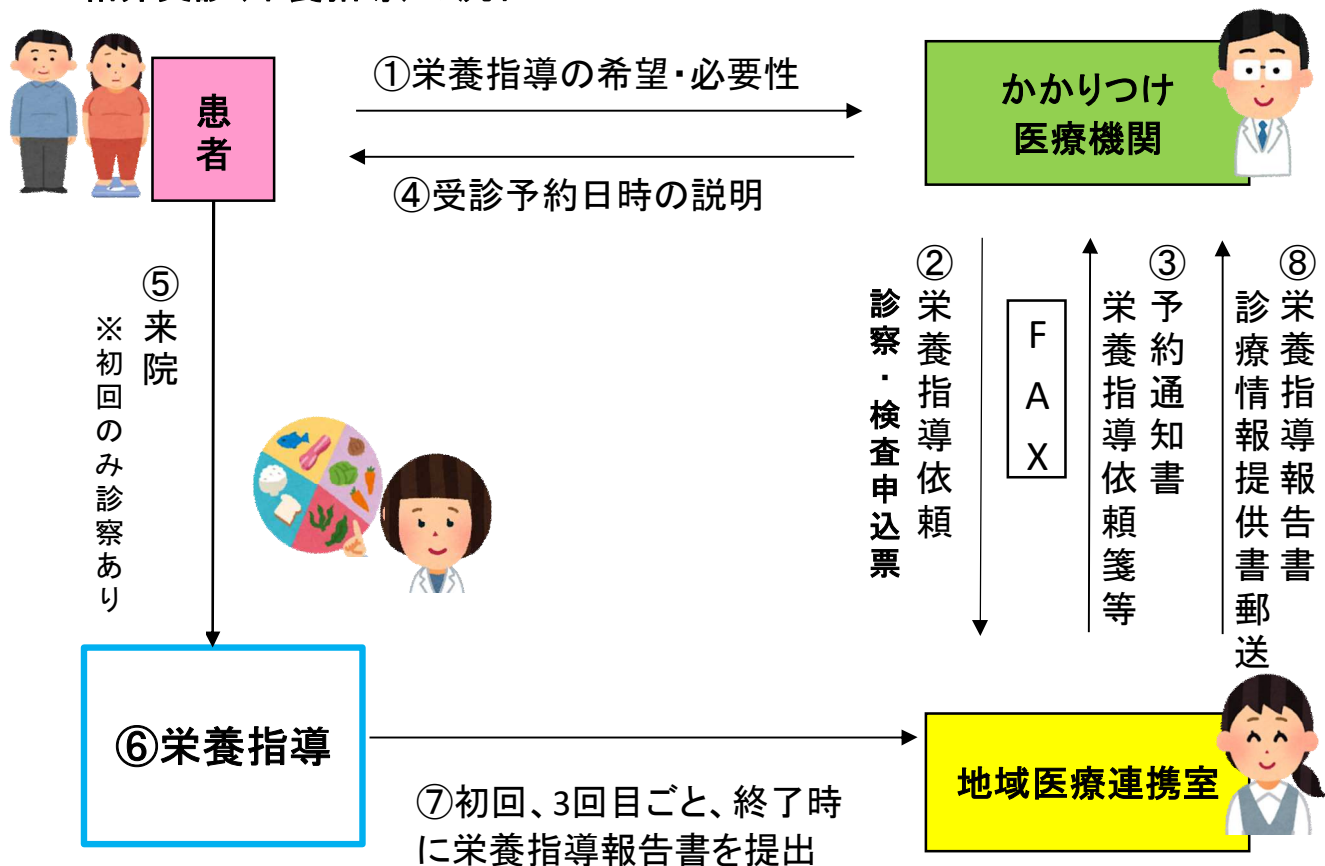
裏面へ

酒類を飲みますか	飲む( 回/週)・飲まない 又は やめた( 年前)
「飲む」に○をされた方は何をどのくらい飲みますか	日本酒 ( 合) ビール(500ml/350ml 本) 焼酎 ( 合) ・ウイスキー (シングル・ダブル 杯) その他 ( )
タバコを吸いますか	吸う ( 本/日) ・吸わない 又は やめた ( 年前)
ジュース類を飲みますか	飲む ( 本/日・週) ・飲まない
「飲む」に○をされた方は何をよく飲みますか	炭酸飲料・フルーツ飲料・スポーツドリンク・栄養ドリンク その他 ( )
砂糖、ミルク入りのコーヒーや紅茶を飲みますか	飲む ( 杯/日・週) ・飲まない ※カロリー0の甘味料のみ入れる場合は、飲まないに含む
間食はしますか	はい ( 回/日・週) (午前・午後・夕食後) ・ いいえ
「はい」に○をされた方は何を食べますか	まんじゅう・せんべい・あられ・ケーキ・あめ スナック菓子・菓子パン・果物・ その他 ( )
食生活を改善することに関心はありますか	はい・いいえ
食生活を改善するために気を付けて行っていることはありますか	はい・いいえ
「はい」に○をされた方は、内容を教えてください	間食をやめている・ご飯を減らしている・ その他 ( )
運動することに関心はありますか	はい・いいえ
現在定期的に運動を行っていますか	はい・いいえ
「はい」に○をされた方は、内容を教えてください	(何を 週に 回位)

ご協力ありがとうございました。

# 彦根市立病院糖尿病地域連携—栄養指導の流れ

## 1. 紹介受診(栄養指導)の流れ



- \* 診察・検査申込票の受診の目的に「**栄養指導**」とご記入ください。
- \* 受診日までに「診療情報提供書(紹介状)ー栄養指導依頼箋」をFAXでご返送ください。
- \* ダウンロードできる書類  
診察・検査申込票 / 診療情報提供書(紹介状)-栄養指導依頼箋 / 食生活調査票 / 地域連携栄養指導の案内

## 2. 当日ご持参いただくもの

予約票、診療情報提供書(栄養指導依頼箋)、食生活調査票、保険証  
彦根市立病院の診察券(お持ちの方のみ) を紹介患者受付窓口にて提出してください。

## 3. 外来栄養食事指導の基本料金

		1割負担	3割負担
初回	初診料・栄養指導料	540円	1630円
2回目以降	栄養指導料	200円	600円

## 4. 栄養食事指導について

- ・基本的に日本糖尿病療養指導士(CDEJ)の資格を持つ管理栄養士が担当します。
- ・1回ではなく、複数回 継続指導を行います。(目安:3~6回)
- ・栄養食事指導報告書は初回、3回目、終了時に郵送いたします。

患者様へ

# 彦根市立病院 糖尿病栄養指導のご案内

彦根市立病院では、かかりつけ医の指示で糖尿病の栄養指導を受けて  
いただくことができます。

**管理栄養士が、継続して食生活をサポートします。**



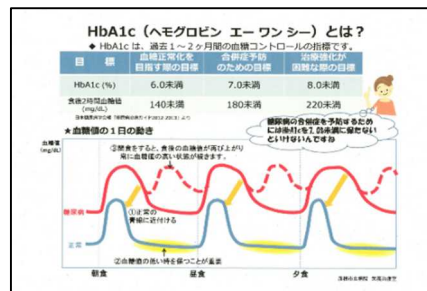
## (1) 栄養指導の内容

- 食事のバランスや適正量について説明します。
- 食事の記録が可能な方は、栄養計算や栄養バランスをチェックします。
- 体組成計を用い、筋肉量や脂肪量の測定ができます。(パ-ス-カ-・ICD は測定不可)
- 個別指導です。ご質問や疑問点など、お気軽にご相談ください。

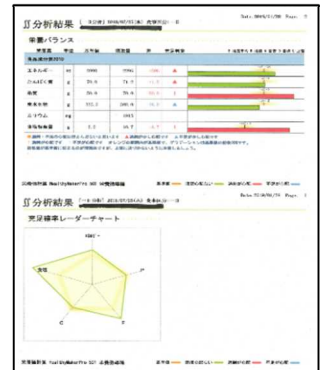
〈フードモデルの例〉



〈資料の例〉



〈食事記録の計算結果の例〉



## (2) 外来栄養指導の基本料金

		1割負担	3割負担
初回	初診料・栄養指導料	540円	1630円
2回目以降	栄養指導料	200円	600円



※初回のみ診察があります。

## (3) 当日ご持参いただくもの (紹介患者窓口に提出してください。)

- 予約票
- 診療情報提供書 (栄養指導箋)
- 食生活調査票
- 保険証
- 市立病院の診察券 (お持ちの方のみ)