

栄養指導箋（申し込み用紙兼情報診療提供書）① 函館市医師会病院控

函館市医師会病院

科

外来担当医先生

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称(電話番号)

医師氏名

印

患者氏名	様				性別	男・女	
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 (歳)	職業		
傷病名							
既往歴							
身長	cm	体重	Kg	BMI	標準体重	Kg	
血圧	mmHg						
検査項目（指導に関するDataは必ず記入して下さい。）							
血糖値		脂質		腎機能		心電図所見	
空腹時血糖		総コレステロール		BUN		不整脈 (+) (-)	
食後(時間)		中性脂肪		クレアチニン		虚血性変化 (+) (-)	
HbA1c		HDL-C		尿酸			
		eLDL-C		eGFR			
尿		肝機能		血清電解質		眼底所見	
糖		GOT		Na		網膜症 (+) (-)	
蛋白		GPT		K		白内障 (+) (-)	
微量アルブミン		r-GT					
指導食の指示（指導食は必ず指示して下さい）							
食			（ 単位）				
			熱量 Kcal				
(以下必要な場合のみ指示)							
蛋白質	g	脂肪	g	糖質	g	食塩	g
水分	cc	コレステロール制限 (mg/日)		
プリン体制限 (ある・なし)		カリウム制限 (ある・なし)		禁止食品			
特記事項（特に希望する事項について）：							
栄養指導予約日時 (年 月 日 時 分)							