

済生会京都府病院 糖尿病内科 担当先生侍史

## 糖尿病栄養相談専用 診療情報提供書

|       |   |    |    |   |   |
|-------|---|----|----|---|---|
| 患者氏名  |   |    |    |   |   |
| 生年月日  | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | 年  | 月  | 日 | 性別 <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |
| 身長・体重 | cm  | kg | 血圧 | / | mmHg  |
| 病名    |   |    |    |   |   |

▼以下の採血・尿検査の結果を本書と共にお送りください。

※印の情報は可能な範囲でご記入ください。

## 〈必須項目〉

血糖値、HbA1c、BUN、クレアチニン、AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GTP、HDL、コレステロール  
中性脂肪、総コレステロール(もしくはLDLコレステロール)、尿蛋白定性

## 〈任意項目〉

eGFR、尿中微量アルブミン、尿蛋白定量

## ▼糖尿病合併症※

|       |   |  |
|-------|---|--|
| 腎症： 期 | 神経障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 網膜症： <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 前増殖 <input type="checkbox"/> 増殖<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |
|-------|---|--|

## ▼指示食種※

|   |   |     |         |        |   |
|---|---|-----|---------|--------|---|
| <input type="checkbox"/> 指示食種なし(紹介医に一任) |   |     |         |        |   |
| エネルギー：                                  | Kcal  | 塩分： | g       | タンパク質： | g ( ) %   |
| カリウム制限：                                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 脂質： | g ( ) % | 水分制限：  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

## ▼処方内容(処方箋のコピーをお送りいただいても結構です)

|  |
|--|
|  |
|--|

## ▼指導に関する注意点・要望など(必要があればご記載ください)

|  |
|--|
|  |
|--|

|                     |            |
|---------------------|------------|
| 紹介医療<br>機関名<br>医師氏名 | ( 電話 - - ) |
|---------------------|------------|

ご高診よろしくお願いたします。