

令和 年 月 日

京都済生会病院 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	☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 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)、 γ -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： ☐ 有 ☐ 無	網膜症： ☐ 単純 ☐ 前増殖 ☐ 増殖 ☐ なし ☐ 不明
-------	---	--

▼指示食種※

☐ 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：	☐ 有 ☐ 無	脂質：	g () %	水分制限：	☐ 有 ☐ 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 機関名 医師氏名	(電話 - -)
---------------------	------------

ご高診よろしくお願ひいたします。