

中東遠総合医療センター FAX送付票（医療機関用）（様式4）

診療情報提供書 兼 生活習慣病外来栄養指導申し込み書

中東遠総合医療センター 糖尿病内分泌内科 担当医 宛 申込日 年 月 日

紹介元 医療機関名			担当医師		電話番号	() —	
フリガナ			明・大・昭・平・令	年	月	日生 (才)	
氏 名				様	性別	男 ・ 女	
住 所					電話番号	() —	
保険者番号			記号・番号				
区 分	本人・家族	公 費	乳幼児 ・ 重度医療 ・ 母子医療 ・ 生活保護 ・ その他				
受診 希望日時	第一希望日	月	日 (月曜日)	<input type="checkbox"/>	11時00分	<input type="checkbox"/>	11時30分
	第二希望日	月	日 (月曜日)	<input type="checkbox"/>	11時00分	<input type="checkbox"/>	11時30分
	<input type="checkbox"/> 受診予約日未定のため、患者様から後日連絡						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来栄養指導（糖尿病・高血圧症・脂質異常症） ※該当病名を○で囲んでください						
栄養指導 指示内容	<input type="checkbox"/> 指定なし（診察医に依頼する） <input type="checkbox"/> 指定あり（エネルギー kcal）（その他栄養素 ）						
栄養指導の 目的・重点 をおく項目	<input type="checkbox"/> 糖尿病食の基本 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 間食、アルコール、外食について <input type="checkbox"/> 減塩 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
備考	※その他紹介目的、経緯、患者情報等						

以下の項目は可能な範囲でご記入ください

病名	<input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
合併症	腎症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	網膜症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
	その他合併症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ ）			
投薬内容	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
身体計測値	身長（ ）cm 体重（ ）kg ※受診当日にも測定させていただきます					

※検査結果があれば添付してください

【栄養指導の申込み】 中東遠総合医療センター 地域医療支援センター
 直通電話：0537-28-8021 FAX：0537-28-8926
 平日は午前8時15分～午後6時 土曜日は午前8時15分～午後0時30分まで