（案）　　平成　　年　　月　　日

診療情報提供書（栄養指導依頼書）

伊東市民病院 診療科 内　　科		紹介元医療機関名及び所在地	
		電　　話	
		F　A　X	
医師名 栄養指導　御担当　　先生		診療科 医師名	印

フリガナ		生　年　月　日		性　別	
患者氏名	（伊東市民病院　診察券番号：　　）	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）		男・女	
身体状況	身長：　　cm　・　体重：　　kg	職　業			
住　所		電話番号			
紹介目的 （栄養指導指示病名）	下記疾患について、栄養食事指導をお願いいたします。 □ 糖尿病　□ 糖尿病性腎症　□ 肥満症（BMI≧30）　□ 腎臓病 □ 高血圧症　□ 心臓病　□ 貧血症（Hb≦10）				
その他指導項目	エネルギー量、タンパク質、塩分量、微量栄養素制限等ありましたらご記入ください。				
許可制限	□ 飲酒（ 不可 ・ 可 ）　□ 運動（ 不可 ・ 可 ）				

検査データを添付　または記入願います。　添付資料　□検査結果表（平成　年　月　日データ）

空腹時血糖	mg/dl	HbA1c（NGSP）	%	中性脂肪	mg/dl
LDL-C	mg/dl	HDL－C	mg/dl	尿酸	mg/dl
クレアチニン	mg/dl	BUN	mg/dl	カリウム	mEq/1
AST（GOT）	IU/1	ALT（GPT）	IU/1	γGTP	IU/1
Hb	g/dl	尿蛋白定性	－・±・＋・2＋以上		

予約希望日（月・木）	第１希望　　月　　日（　）　　第2希望　　月　　日（　）
備　考	

《ＦＡＸ送付先》　伊東市民病院　地域医療連携室

ＴＥＬ：0557-32-5800（直通）ＦＡＸ：0557-32-5801（直通）

《受付時間》平日：午前8時30分～午後4時30分　土曜日：午前8時30分～午後0時