朝日生命成人病研究所附属医院　行

**はじめにお電話でご予約をお願いします！　医療連携部 TEL：０３-３６３９－５４８７**

栄養指導依頼ＦＡＸ送信票

**【患者さん情報】**　［医院使用欄：　　　　　　］

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名：　　　　　　　　　　　　　　様（男・女）

生年月日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

日中ご連絡先TEL：　　　　-　　　　-

**【ご依頼元医療機関様】**

（名称・住所・TEL）

（診療科・ご担当医）

先生

上下の枠内にご記入・○印のうえ、末尾記載の番号宛ＦＡＸでお送りください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご予約日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |  |
| 病　　　名 | 1.糖尿病（１型・２型） |  |
| 2.高血圧症 |
| 3.脂質異常症 |
| 4.慢性腎不全 |
| 5.痛風 |

**【ご依頼内容】**

（2019.12）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指示カロリー |  | kcal | 炭水化物 | 50％ | ／ | 55％ | ／ | 60％ |  |
| 塩　分 | ｇ | タンパク | ｇ | Ｋ制限 | あり | ／ | なし |
| カーボカウント | あり | （ | 基礎 | ・ | 応用 | ） | ／ | なし |  |
| 身長・体重 | 身長　　　　　．　ｃｍ　　体重　　　　　．　ｋｇ　　血圧　　　/ mmHg |
| 既往歴 |  |
| 検査結果 | ① | 別添のとおり |  |  |  |  |
| ② | 下記のとおり |  |  |  |  |
|  | 血糖 | HbA1c | TC | HDL | LDL | TG |
|  | 尿蛋白 | BUN | cre | K | UA |  |
| 現在の処方 |  |

**ＦＡＸ番号：０３－３６３９－５５２８** 朝日生命成人病研究所附属医院 医療連携部　行