

紹 介 状 (診療情報提供書)

年 月 日

JA広島総合病院
TEL (0829)36-3111
FAX (0829)36-5573
糖尿病代謝内科

先生 侍史

住 所
医療機関名
医師名
電話番号
FAX

印

紹介患者氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳) 男・女
紹介目的	下記疾患に対する栄養指導依頼
病名 (主 訴)	糖尿病【1型・2型・その他()】・病型不明
<p>現病歴・現症・検査所見・経過・処方等</p> <p>1) 初めて糖尿病が疑われた時期【 才頃(または 年頃) 、不明】</p> <p>2) 糖尿病診断のきっかけ 【健康診断・他疾患診療中の検査にて・高血糖症状()・その他()】</p> <p>3) 直近のデータ(栄養指導に必須です。実施日: 年 月 日、検査伝票のコピー添付でも結構です) 【身長 cm】【体重 kg】 【HbA1c %】【血糖値(空腹時 mg/dl または 随時 mg/dl)】 【総蛋白 g/dL】【アルブミン g/dL】【BUN mg/dL】【血清クレアチニン mg/dL】 【Na mEq/L】【K mEq/L】【Cl mEq/L】 【総コレステロール mg/dL】【中性脂肪 mg/dL】(【LDLコレステロール mg/dL】または【HDLコレステロール mg/dL】) CBC:【Hb g/dL】、尿蛋白【-・±・+・2+・3+・4+】</p> <p>4) 合併症(わかる範囲内で結構です)</p> <p>① 網膜症【不明・無・有→ 】【 ② 腎症【不明・1期(なし)・2期(マイクロアルブミン尿陽性)・3期(顕性蛋白尿陽性)・4期(腎不全期)・5期(透析中)】 ③ 神経障害【不明・無・有】 ④ 動脈硬化性疾患【無・脳血管障害()・冠動脈疾患()・末梢動脈疾患】 ⑤ 高血圧症【無・有】 ⑥ 脂質異常症(高脂血症)【無・有】</p> <p>5) 過去の食事療法指導歴【無・不明・有→ kcal/day、 年頃】</p> <p>6) 現在の処方内容(処方内容のコピー添付でも結構です)</p> <p>7) その他の連絡事項(アルコール、喫煙、今までの療養上の問題点など)</p>	
既往症	薬剤アレルギー (有 無)

備考

1. 宛先の医師名が不明の場合は、空欄でも構いません。
2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。