

診療情報提供書(糖尿病栄養指導用)

作成日 H 年 月 日

(紹介先医療機関名)

利根中央病院

医療機関名

医師名 長坂 一三 宛

所在地

医師名 印

患者氏名 様 男・女

生年月日	M T S H	年	月	日	歳
病名					
紹介目的	栄養指導				
	身長	cm	体重	kg	
職業					

指示カロリーにチェックをお願いします

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 15単位(1200kcal) | <input type="checkbox"/> 18単位(1440kcal) | <input type="checkbox"/> 22単位(1760kcal) |
| <input type="checkbox"/> 16単位(1280kcal) | <input type="checkbox"/> 19単位(1520kcal) | <input type="checkbox"/> 23単位(1840kcal) |
| <input type="checkbox"/> 17単位(1360kcal) | <input type="checkbox"/> 20単位(1600kcal) | <input type="checkbox"/> 24単位(1920kcal) |
| | <input type="checkbox"/> 21単位(1680kcal) | <input type="checkbox"/> 25単位(2000kcal) |

(参)標準的な指示カロリー

(30kcal/標準体重)

身長(cm)	
141	16単位
141-145	17単位
146-149	18単位
150-153	19単位
154-157	20単位
158-161	21単位
162-165	22単位
166-168	23単位
169-172	24単位
173以上	25単位

糖尿病コントロール	HbA1c	%				
	尿蛋白	-	±	++	+++	++++

特に食生活で気になることがありましたらご記入ください

以下は必須記載項目ではありませんが、可能な範囲でご記入ください

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病(<input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型) | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |
| 合併症 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 腎症(<input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3A期 <input type="checkbox"/> 3B期 <input type="checkbox"/> 腎不全期) | <input type="checkbox"/> 他() |
| <input type="checkbox"/> 網膜症(単純・前増殖・増殖) | |
| <input type="checkbox"/> 神経障害 | |
| 治療 | |
| <input type="checkbox"/> 食事療法・運動療法・薬物療法 | |
| <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 | |
| <input type="checkbox"/> インスリン療法 | |