

# 栄養指導依頼 FAX 送信票

【患者さん情報】 [医院使用欄： ]

フリガナ

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】

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								