

診療情報提供書(腎臓病グループ指導用)

(記入年月日 年 月 日)

名古屋市立大学病院

※ 患者ID		※ 記入しないでください。	
患者氏名 (ふりがな)		生年月日 M・T S・H 年 月 日 ( 歳)	
		性別 男・女	
1 参加者 * 2名以内でお願いします。 本人のみ 本人及び家族 (続柄 )			
2 身体状況			
身長	cm	体重	kg
		血圧	mmHg
3 臨床検査データ等 検査日 年 月 日			
尿検査	たんぱく	潜血	糖
TP	g/dl	Cr	mg/dl
BUN	mg/dl	Na	mEq/l
Cl	mEq/l	K	mEq/l
Ca	mg/dl	P	mg/dl
HbA1c	%	TG	mg/dl
T-Cho	mg/dl	HDL-C	mg/dl
Hb	g/dl	Ht	%
UA	mg/dl		
その他、栄養指導に必要なデータがあればお書きください。			
4 指示栄養量			
エネルギー	kcal	蛋白質	g
水分	ml	塩分	g
		K	mg
5 合併症の有無 無 有			
合併症名			
6 病歴			
7 使用薬剤			
8 その他、連絡事項等があればお書きください。			

紹介医療機関名

担当医師名

電話番号

印