

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 西暦 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	塩分	g	K	mg
水分	ml						
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