

診療情報提供書(糖尿病グループ指導用)

(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				性別	
		西暦		年 月 日 (歳)		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		糖		潜血		たんぱく	
HbA1c		%	TG		mg/dl	T-Cho mg/dl	
BUN		mg/dl	Cr		mg/dl	HDL-C mg/dl	
ALT		IU/L	AST		IU/L	血糖値 空腹時・随時 mg/dl	
γ-GTP		IU/L					
糖負荷試験等その他、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	脂質 g 塩分 g	
5 合併症の有無 無 有							
		合併症名					
6 病歴							
貴院での糖尿病歴		年		か月			
貴院にかかられる前の糖尿病の有無		無		有 (病歴		年)	
家族歴の有無		無		有 ()			
7 使用薬剤・インシュリン製剤							
8 血糖自己測定						1日()回測定	
9 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