

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 M・T S・H				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		糖		潜血		たんぱく	
HbA1c	%	TG	mg/dl	T-Cho	mg/dl	HDL-C	mg/dl
BUN	mg/dl	Cr	mg/dl	UA	mg/dl	血糖値	空腹時・随時
ALT	IU/L	AST	IU/L	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