

診療情報提供書（兼地域連携栄養指導依頼書）

記入日 年 月 日

送信先：ふくろうクリニック自由が丘
tel：03-3701-3351
fax：03-3705-8100

紹介元医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師名

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名				
住所	〒	電話		
		身長	cm	体重

栄養指導指示病名

< 消化器 >

胃・十二指腸潰瘍

食道胃腸の切除術後

< 循環器 >

心臓疾患（食塩6g/日未満）

高血圧症（食塩6g/日未満の指示がある場合）

< 腎臓 >

急性・慢性腎炎

急性・慢性腎不全

< 代謝 >

高度肥満症（BMI \geq 35）

脂質異常症（LDL-cho: \geq 140mg/dL HDL-cho: $<$ 40mg/dL TG: \geq 150mg/dLのうちいずれか）

痛風

糖尿病

< 貧血 >

鉄欠乏性貧血（ヘモグロビン: \leq 10g/dL）

< 妊娠 >

妊娠高血圧症候群（食塩6g/日未満）

< その他 >

がん患者

摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

低栄養状態にある患者

栄養指示	<input type="checkbox"/> エネルギー kcal <input type="checkbox"/> タンパク質 g <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 水分制限 ml <input type="checkbox"/> 専門医に任せます	<input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> リン制限
------	---	--

ご要望	
-----	--

この診療情報提供書兼栄養指導依頼書をふくろうクリニック自由が丘03-3705-8100へFAXしてください
検査結果のコピーもFAXしてください