

# 紹介状(診療情報提供書):栄養食事指導用

紹介先医療機関名：株式会社日立製作所 日立総合病院

担当医師：代謝内科(栄養指導)      ご担当医殿

20      年      月      日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号：

FAX：

医師氏名：

印

患者氏名	殿	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
患者住所		電話番号	— —
生年月日	年 月 日	( )歳	

該当をチェック「✓」してください。

傷病名
<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 高血圧症
<input type="checkbox"/> 脂質異常症
<input type="checkbox"/> 腎症
その他( )

紹介目的
<input type="checkbox"/> 血糖コントロールが不良な為、栄養食事指導をお願いします。
<input type="checkbox"/> 血圧コントロールが不良な為、栄養食事指導をお願いします。
<input type="checkbox"/> 脂質コントロールが不良な為、栄養食事指導をお願いします。
<input type="checkbox"/> 腎機能低下の為、栄養食事指導をお願いします。

病状経過及び検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙参照
------------	-------------------------------

治療経過 (該当があれば記入してください)	<input type="checkbox"/> 別紙参照
-----------------------	-------------------------------

備考
----