糖尿病栄養食事指導依頼箋

診療所名 TEL FAX	医師名
患者氏名 TEL	性別 年齢 職業

身長
体重
BMI
検査データ　：　血糖値（空腹値　　mg/dl、食後　　mg/dl）
HbA1c　　％
BP
経口血糖降下剤　：　なし　・　あり　（　　）
インスリン　　：　なし　・　あり　（　　）

合併症（あれば○をつけて下さい）
１．高血圧　２．高脂血症　３．腎不全　４．心不全　５．貧血
６．肝障害（病名：　　）　７．その他（　　）

合併症のある場合は、疾患と関連のある臨床検査値を下記にご記入ください。

検査項目	備考

日時は電話で予約して下さい。　　栄養科直通　075-465-7353（FAX 兼）