

久保田内科クリニック

FAX : 0265-76-3222

TEL : 0265-71-8855

栄養指導依頼書

本依頼書は、久保田内科クリニックに FAX にて送信後、原本を患者様に栄養指導当日当院へご持参いただきますようお願いいたします。

ご依頼日 平成 年 月 日

医療機関名	医師名
患者氏名 男・女 (ふりがな) ()	住所
生年月日 年 月 日	
電話番号 - -	携帯番号 - -
病名	<p>以下の該当する疾患全てにチェックを入れて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/> <u>腎臓病</u>(急性腎炎・慢性腎炎・急性腎不全・慢性腎不全)</p> <p>※腎臓病は該当する疾患に○を付けて下さい</p> <p><input type="checkbox"/> 肥満症(肥満度+40%以上または BMI30 以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 膵臓病(急性膵炎・慢性膵炎) <input type="checkbox"/> クロールン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎</p> <p><input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血(血中ヘモグロビン濃度 10g/dl 以下で原因が鉄欠乏由来)</p> <p>※現在、上記の疾患を対象に栄養指導を行っています。上記の疾患以外で栄養指導を希望される場合はご相談下さい。</p>
臨床情報	