

糖尿病栄養指導依頼書

栄養指導は（ 初回 / 2回目以降 ）

患者氏名：

年齢： 性別：

身長： cm 体重： kg

糖尿病の分類： 1型糖尿病 2型糖尿病 妊娠糖尿病 その他

糖尿病歴：（ 初回 / 年）

合併症：

既往症：高血圧、脂質異常症・・・

検査データ：

HbA1c %，グルコース mg/dl，

総コレステロール mg/dl，

LDL コレステロール mg/dl， 中性脂肪 mg/dl，

BUN mg/dl， Cre mg/dl，

尿タンパク（ -, ±, 1+, 2+, 3+）

その他連絡事項（ありましたら）：

御施設名；

御氏名；

御連絡先；



全国土木建築国民健康保険組合 総合病院 厚生中央病院

〒153-8581 東京都目黒区三田 1-11-7

TEL : 03-3713-2141 FAX : 03-3713-4963 E-mail : info@kohseichuo.jp