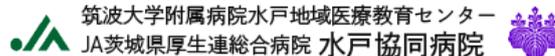


水戸協同病院 糖尿病栄養指導 予約申込書 兼 紹介状



申込日： 年 月 日

【紹介元医療機関】

医療機関名		医師名	
電話番号		FAX	

【紹介患者情報】

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	(年齢 歳)	
住所	〒 ー		
電話番号		携帯番号	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (有の場合 ID:)		
受診希望日	【第1希望日】 月 日 () 午前・午後		
	【第2希望日】 月 日 () 午前・午後		

病名	糖尿病の病型 (<input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 ()) 糖尿病歴 年 合併症 (分かれば) <input type="checkbox"/> 腎症 (<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期) <input type="checkbox"/> 網膜症 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 前増殖 <input type="checkbox"/> 増殖) <input type="checkbox"/> 神経障害 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他 ()					
既往歴						
病状および 治療経過						
現在の糖尿病 治療内容	<input type="checkbox"/> 食事運動療法のみ <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 () <input type="checkbox"/> GLP-1 作動薬 () <input type="checkbox"/> インスリン ()					
直近の身体 ・血液検査 データ	身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg
	HbA1c	%	血糖	mg/dL	T-CHO	mg/dL
	TG	mg/dL	LDL-C	mg/dL	HDL-C	mg/dL
	UN	mg/dL	Cre	mg/dL	Alb	g/dL

※病状および治療経過、現在の処方、身体・血液検査データについては添付資料でも構いません。

【お問い合わせ先】水戸協同病院 地域連携室

電話：029-233-9937(直通) FAX：029-233-9916

申込受付時間 月曜～金曜日 8:30～17:00 土曜日 8:30～12:30