

## 健康相談依頼票（かかりつけ医 → 出雲市）

氏名	様	性別	男・女	生年月日	S・H	年	月	日(歳)
住所	出雲市				TEL			
受診状況	病名	発症年	治療状況		服薬		特記	
	糖尿病	年	未治療 ・ 治療中		有 ・ 無		インスリン 有 ・ 無	
	高血圧	年	未治療 ・ 治療中		有 ・ 無			
	脂質異常症	年	未治療 ・ 治療中		有 ・ 無			
	特記							

## ■当事者への指示事項

食事	指示エネルギー	( kcal) ( 単位)	
	塩分	制限なし ・ あり( g)	
	たんぱく質	制限なし ・ あり( g)	
	アルコール	禁止 ・ 可 ( 合/日まで)	
	その他		
運動	可( ) ・ 禁止	運動指導必要性	有 ・ 無

## ■連絡事項

連絡事項	
------	--

令和 年 月 日

医療機関名・医師氏名	
電話	

## ■医療機関担当者さま

- ・記入後、本人に依頼票をお渡しく下さい。
- ・可能であれば、直近の検査結果の添付をお願いいたします。