



栄養指導 紹介患者予約FAX申込書

A 紹介元医療機関				
郵便番号				
所在地				
医療機関名				
医師名				
電話番号				
FAX番号				
B 受診希望日				
希望年月日	令和 年 月 日	午前・午後	時	
*原則 栄養指導受診日は毎週火曜日となります。				
C 患者情報 (健康保険証などを併せてお送りいただける場合は患者氏名のみご記入下さい)				
フリガナ				
患者氏名	(男・女)			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
住所				
電話番号	()	-		
臨床診断名				
身長	cm	体重	kg	
D 指導内容 (※については、必ずご記入をお願いします)				
※食種名	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> その他()			
※合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り()			
※指示エネルギー	<input type="checkbox"/> ()kcal <input type="checkbox"/> 標準体重×30kcal <input type="checkbox"/> 標準体重×25kcal <input type="checkbox"/> BMIを考慮し、栄養士が算出			
たんぱく質	g	塩分	g	
その他 必要な項目	<input type="checkbox"/> カリウム() <input type="checkbox"/> リン() <input type="checkbox"/> 水分() <input type="checkbox"/> 他()			
運動	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 控える	運動量	ウォーキング()分	
アルコール	<input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 控える <input type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> ビールだったら()ml <input type="checkbox"/> 日本酒だったら()			
継続フォロー	<input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> 毎月1回 <input type="checkbox"/> 2ヶ月に1回 <input type="checkbox"/> その他())			
その他				

本申込書をお送りいただいたのち、当院で受診予約票を記入の上、FAXでご返します。

地域連携室の受付時間 平日：午前8時30分～午後5時(土・日・祝日を除く)