



紹介患者様

## 診療情報提供書兼事前診察申込書(栄養指導用)

■栄養指導希望日 ※月～金（祝日除く） 9：00～16：00 指導時間：1回30分程度

(第1希望) 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後

(第2希望) 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後

(第3希望) 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後

いつでもよい

### ■紹介患者情報

フリガナ		性別		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
氏名	様	男・女					
住所	〒	自宅番号	( )				
		携帯番号	( )				
		診察券登録番号					

★直近の採血データを添付ください★

### ■身体状況

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

### ■栄養指導指示内容

疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 心臓病・高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症
	<input type="checkbox"/> 肥満症	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 胃術後
	<input type="checkbox"/> クロウン病・潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 胆石・胆嚢疾患	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患
	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
指示栄養量	◆エネルギー (kcal) ※指示栄養量にご希望がなければ、当院で判断させていただきます。			
	<input type="checkbox"/> 1200・ <input type="checkbox"/> 1400・ <input type="checkbox"/> 1600・ <input type="checkbox"/> 1800・ <input type="checkbox"/> 2000・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) kcal			
その他の指示	<input type="checkbox"/> 塩分制限 ( ) g <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> 水分制限 ( ) ml/日			
	ご希望の指導内容等：			

### ■紹介元医療機関

名称			
所在地	〒		
電話 FAX			
診療科	科	紹介医	先生

## 受診日時のお知らせ

登録番号		予約診療科	内科 (栄養指導)	
予約日	年 月 日 ( )	予約時間	時	分

\*当日は、予約時間の10分前までに1階「初再診受付」で保険証をご提示後、3階の栄養指導室へお越しください。

\*調理をされる方、ご家族等も一緒に栄養指導を受けられることをおすすめします。

