

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書

令和 年 月 日

医療法人 大植会 葛城病院 栄養科

地域医療連携室

栄養指導担当者 宛

TEL : 072-422-9911 FAX : 072-422-9931

<p>栄養指導希望日時</p> <p>〈曜日〉 〈時間〉</p> <p>・水曜日 ・13:30～</p> <p>・金曜日 ・14:30～</p> <p>・どちらでも可 ・どちらでも可</p> <p>※希望の曜日と時間に○して下さい。</p>	<p>紹介元医療機関の所在地・名称</p> <p>電話</p> <p>FAX</p> <p>医師名 印</p>
---	--

※下記の項目を記載の上、地域医療連携室までFAXにてご連絡ください。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号 () -		

疾患名						
治療内容						
紹介目的	栄養指導 ※必要に応じて継続的に指導させていただきます。					
栄養指導指示内容	エネルギー(kcal)	1200・1440・1600・1840・2000・その他()				
	たんぱく制限(g)	有・無	→	たんぱく質()g		
	塩分制限	有・無	→	塩分()g		
	その他制限					
患者情報採血日 (/)	身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg
	空腹時・随時・食後()時間血糖			mg/dl	HbA1c (NGSP)	%
	TG	mg/dl	T-cho	mg/dl	HDL-C	mg/dl
	LDL-C	mg/dl	BUN	mg/dl	Cr	mg/dl
備考						

※ 栄養指導実施日時は毎週水・金曜日、13:30～と14:30～

※ 予約日が決定次第、予約票を返信します。

※ FAXの受付時間は、月～金曜日 9:00～19:30 ・ 土曜日 9:00～17:00 (日曜・祝日・年末年始除く)

※ 受付時間終了後のFAXの対応は、翌日(休日の場合は平日以降)となります。

※ 予約の変更などのお問い合わせは、地域医療連携室までご連絡下さい。