

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→同愛記念病院)

同愛記念病院連携栄養指導担当者 宛 作成年月日 令和 年 月 日

① 電話にて予約をお願いします。

予約電話：地域医療連携室03-5608-3237 紹介元医療機関

② 予約日決定後、本票をFAX願います。 名称

FAX：地域医療連携室03-5819-1816 電話番号

※電話受付時間 医師氏名 印

平日9：00～17：00/土曜9：00～12：00

| | |
|----------|-----------------------|
| 予約 日時 | 令和 年 月 日 (曜日) 時 分 |
|----------|-----------------------|

| | | | | | |
|--|---|----|-----|----------|-----------------------|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年 月日 | 大・昭・平・令 年 月 日生(歳) |
| 住所 | | | | 電話 | |
| 同愛記念病院 受診歴 | 有 (診察券ID) ・ 無 ・ 不明 | | | | |
| 紹介目的 | 栄養指導 | | | | |
| 病名 | 糖尿病、肥満(BMI30以上)、高血圧、腎臓病、心臓病、肝臓病、胃潰瘍、 その他 () 身長 cm 体重 kg 、血圧 / | | | | |
| 既往歴・家族歴・検査所見・経過・現在の処方等 | | | | | |
| 指示栄養量 (指示量をご記入ください。) | | | | | |
| エネルギー (kcal) : 1200・1400・1600・1800・2000・その他() | | | | | |
| 蛋白質 (g) : 無 ・ 有 →蛋白質 (g) 30・40・50・60・その他() | | | | | |
| 塩分制限 (g) : 無 ・ 有 (食塩6g) コレステロール制限: 無 ・ 有 | | | | | |
| 脂質 (g) _____ | | | | | |
| エネルギー比率 P:F:C | | | | | |
| その他 | | | | | |

受診患者さまへの留意事項

① 初診の方は1階新患受付に、**予約時間の30分前まで**におこしてください

(受診歴のある方は、再来機に診察券をとおして栄養指導室までおこしてください)

② お持ちいただくもの **保険証、当院診察券(再診の方のみ)、直近の検査データ、本票**