

栄養指導依頼書（兼診療情報提供書）

令和 年 月 日

【紹介元医療機関情報】

医療機関名		医師名	
TEL		FAX	

【患者情報】

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			
住所	〒		
電話番号	(携帯電話)	(自宅)	
生年月日	年	月	日 (歳)
身体状況	身長： cm	体重： kg	

【栄養指導指示病名】 ※該当する疾病名にチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症
<input type="checkbox"/> 高度肥満症（BMI30以上または肥満度+40%以上）			
<input type="checkbox"/> 腎臓疾患	<input type="checkbox"/> 膵臓疾患	<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	<input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	
<input type="checkbox"/> その他	()		

【栄養指示量】 ※ご希望がなければ、当院で判断させていただきます

エネルギー	_____ kcal	<input type="checkbox"/> 当院にて決定
たんぱく質	_____ g	ご要望
脂質	_____ g	
塩分	_____ g未満	
その他	_____	

【現在の処方】 ※該当する項目にチェックをお願いします

ワーファリン 糖尿病薬 インスリン 降圧剤 その他 ()

【ご希望日時】 ※平日9時～16時の時間でご記入をお願いします。栄養指導は30分程度を予定しております。

第1希望	令和 年 月 日	時	分～
第2希望	令和 年 月 日	時	分～
第3希望	令和 年 月 日	時	分～

ご希望日時に添えない場合は電話連絡させていただきます。

ご不明な点は、お問い合わせ窓口へご連絡ください。

こちらの栄養指導依頼書を直近の血液検査結果を添付の上、下記の番号へFAXください

FAX：073-488-7478

国保野上厚生総合病院 地域医療相談支援センター