

栄養指導依頼専用診療情報提供書（FAX紹介予約提供書）

彩の国東大宮メディカルセンター
病診連携室 宛

年 月 日

医療機関名
医師氏名
住 所
電話番号
FAX番号

患者	フリガナ		生 年 月 日	大 昭 平 令		
	氏 名	様 男 ・ 女		年 月 日 歳		
	住 所			電 話 番 号	()	
	今までに彩の国東大宮メディカルセンターを受診したことが : <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません					
	ある方はわかればID番号を記載してください ()					
病 名						
指示内容	<input type="checkbox"/> エネルギー kcal	<input type="checkbox"/> たんぱく質 g	<input type="checkbox"/> 脂質 g			
	<input type="checkbox"/> 塩分 g未満	<input type="checkbox"/> 水分 mL未満	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
身長・体重	<input type="checkbox"/> 身長 cm	<input type="checkbox"/> 体重 kg				
検査値	<input type="checkbox"/> 総蛋白 g/dL	<input type="checkbox"/> アルブミン g/dL	<input type="checkbox"/> AST U/I	<input type="checkbox"/> ALT U/I		
	<input type="checkbox"/> 尿素窒素 mg/dL	<input type="checkbox"/> クレアチン mg/dL	<input type="checkbox"/> 尿酸 mg/dL	<input type="checkbox"/> 血糖 mg/dL		
	<input type="checkbox"/> HbA1c %	<input type="checkbox"/> 総コレステロール mg/dL	<input type="checkbox"/> HDL-C mg/dL	<input type="checkbox"/> LDL-C mg/dL		
	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 mg/dL	<input type="checkbox"/> 血色素量 g/dL				
	<input type="checkbox"/> 尿蛋白 ()	<input type="checkbox"/> 尿糖 ()				
コメント	●特別指示などをご記入ください					

●患者情報をご記入ください

患者情報	来院方法 : 独歩 ・ 車椅子
	身体機能 : 有 ・ 無 (有の場合 :)
	嚥下障害 : 有 ・ 無 (有の場合 :)
	その他
指導予約日	年 月 日 () 時 分
病診連携室 FAX 048-665-6115	

- 備考 1. 予約申し込のFAX送信は平日9:00~16:00にお願い致します。
2. 予約日の変更、取消しの場合は、指導前日(平日)の昼(12:00)までに栄養科までご連絡ください。TEL048-665-6111(代表)
3. この栄養指導申込書に記載されている個人情報(年齢、性別、病歴等)は栄養指導目的以外には利用いたしません。

※ この用紙が情報提供書になりますので、別に診療情報提供書は必要ありません。