

栄養指導予約専用申込書

ご紹介元医療機関

国立病院機構浜田医療センター

地域医療連携室 行

FAX番号

0855-28-7100

医療機関名

医師名

電話番号

FAX番号

ご紹介患者様

フリガナ	性別	生年月日	年齢
患者様氏名	男・女	T・S・H・R 年 月 日	
患者様住所	電話番号		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	紹介目的	栄養指導

希望日

*水曜日 11時限定実施となります

月 日 (水) 11時 (限定)

*経過・既往歴等については紹介状をご記入の上、申込書と共にFAXをお願いいたします。

なお、栄養指導に必要な下記内容に関する情報についてもご記入をお願い致します。

栄養指導に必要な 病名・症状等	身長 () cm 体重 () kg 血圧 (/) mmHg
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ()
疾患に関する検査 データ	血糖 () HbA1c () ヘモグロビン () GOT () GPT () HDL () LDL () T-CHO () BUN () CRE () Na () K ()

●指示栄養量について、必要事項をチェック又はご記入下さい

- エネルギー (Kcal) : 1200 1400 1600 1800 2000 その他 ()
- たんぱく制限 : 無 有 ⇒たんぱく質 (g) 30 40 50 60 その他 ()
- 塩分制限 : 無 有 ⇒食塩 (g) 5 6 その他 ()
- コレステロール制限 : 無 有
- 脂質 (g) : _____ g ●その他 ()

保険情報 (*カルテ作成上、保険番号の記入をお願い致します)

主保険		本人・家族	資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日
高齢受給者証			資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日
公費			資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日

連絡先 浜田医療センター 浜田市浅井町777番12 電話 0855-25-0505 (代表)

地域医療連携室

電話 0855-28-7091 (直通)