

診療情報提供書 兼 栄養指導指示書	
TEL 03-3637-2589 (地域医療連携室) ※直通	
FAX 03-3637-6916 (地域医療連携室)	
受付) 午前8：30～午後5：00 (月～金曜日)	

※栄養指導ご希望の1週間前までにお電話またはFAXでご連絡ください

紹介元	
医療機関名	
医師名	
住所	
TEL	FAX

紹介患者様	当院ID番号：		
ふりがな			
氏名	様	生年月日	年 月 日 (歳)
性別 男・女	身長	cm	体重 kg
診察日	年 月 日 曜日	栄養指導開始	: 予定
診察開始	:		
その他 特記事項 []			
実施について	土日祝日をのぞく 月～金曜日の午前 (AM9：00～AM11：30) 午後是要相談		
対象疾患名			
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症			
<input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> がん(胃 大腸 膵 肝) <input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血 <input type="checkbox"/> 嚥下障害			
指示栄養量			
エネルギー	kcal	/ たんぱく質 g	/ 食塩相当量 g / その他()
コメント (共有事項等)			
検査結果(複写添付可)			