

## 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) 午後は要相談

対象疾患名

糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧症 心臓病 慢性腎臓病 脂質異常症肥満 痛風 がん(胃 大腸 膵 肝) 鉄欠乏性貧血 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)