

FAX: 03-5879-6012 (同愛会病院 栄養科直通)

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→同愛会病院)

医療法人社団 同愛会病院 連携栄養指導担当医 宛

記入日 令和 年 月 日

①電話にて栄養指導の日程の決定をお願いします。 紹介元医療機関名

予約TEL: 栄養科事務室 03-5879-6012【内線: 3250】 所在地

(TEL)

(FAX)

医師名

印

連携栄養指導日程

ご希望の栄養指導における日程より
ご都合の良い日をお知らせください。

・個人栄養指導 毎週月曜日～金曜日14時～16時
(指導時間: 40分)

・糖尿病教室 毎月第一月曜日 午後15時より
4.8.12月は除く

予約日時	令和 年 月 日 (曜日)
	時 分
個別栄養指導 ・ 糖尿病教室	

指導日調整後、太枠の中をご記入の上、FAX(番号: 03-5879-6012 栄養科担当直通)に送信ください。

②【患者情報】

ふりがな		性別	生年月日		年齢
患者氏名		男 ・ 女	明・大・昭・平・令 年 月 日		歳
住所	〒	電話	自宅		
			FAX		
同愛会受診歴	有 (わかれば ID) 無 ・ 不明				
病名・症状 身体状況	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 慢性腎臓病 ・ 脂質異常症 ・ 胃潰瘍 ・ 貧血 その他				
	身長:	cm	体重:	kg	血圧 /
その他留意事項・検査値等					

◆直近の採血データを必ず添付ください。

③【指示栄養量】(指示量をご記入ください。特にご指示のない場合は未記入で結構です)

指示栄養量						
①エネルギー(kcal)	1200	・ 1400	・ 1600	・ 1800	・ 2000	・ その他()
②タンパク質制限(g)	無	有	→	タンパク質(g)【 30 ・ 40 ・ 50 ・ 60 ・ その他 () 】		
③塩分制限(g)	無	有	→	塩分(g)【 5 ・ 6 ・ その他 () 】		
④コレステロール制限	無	有				
その他						

④【受診の患者様への留意事項】

* 初回栄養指導時のみ確認のため医師による診察があります。

①初回の栄養指導の方は、1階・新患受付に、予約時間の20分前までにお越しください。

②お持ちいただくもの 保険証、当院診察券(以前に受診されたことがある方)、直近の検査データ、本票