

栄養食事指導 申込書兼紹介状

予約日	年 月 日 ()
時間	午前・午後 時 分
指導記録のご報告方法	<input type="checkbox"/> 後日郵送 (3日以内に発送) <input type="checkbox"/> 後日FAX (3日以内に送信)

紹介元医療機関
 の名称・所在地
 医 師 名
 TEL (- -)
 FAX (- -)

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

ご依頼の理由 (病歴・主な症状など)

服用しているお薬

身長 _____ cm 体重 _____ kg 標準体重 _____ kg 20歳時体重 _____

治療食指示内容

熱量 _____ cal たんぱく質 _____ g 食塩 _____ g 水分 _____ ml P/S比 _____

検査値

TP		ALP		TG		K		Ccr	
ALB		γ -GTP		BUN		Ca		尿量	
GOT		T-Cho		Cr		P		Ht	
GPT		HDL		Na		UA		Hb	
								血圧	/

血糖検査 (負荷試験)

前 30' 60' 90' 120' 180' HbA1c % FA mmol/l

使用しているインスリンと用法

名称 _____ 朝 _____ 単位、昼 _____ 単位、夕 _____ 単位、ねる前 _____ 単位

- ・ 分かる範囲でご記入ください。(検査結果のコピーを添付していただいても結構です)
- ・ 患者様お一人では心配な場合などは、ご家族の方もご同席ください。
- ・ 病状や指導内容によって、所用時間は30~60分かかります。
- ・ 予約の変更や取り消しをされる場合は、地域連携室までご連絡ください。

※ 当日は、予約時間の10分前までに直接「地域連携室」にお越しください。

独立行政法人地域医療機能推進機構

横浜保土ヶ谷中央病院 地域連携室 TEL : 045-331-1559
 FAX : 045-331-1333