

⑨ 栄養食事指導 申込書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

予約日	曜日	紹介元医療機関名称			
時間		所在地			
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	医師名			
		TEL		FAX	

フリガナ	性別	生年月日 (明治・大正・昭和・平成)	()	歳
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日

ご依頼の理由 (病歴・主な症状など)

使用しているお薬

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

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

血压
/

血糖検査 (負荷試験)

前	30'	60'	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	寝る前	_____ 単位

- ・ 検査値はわ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)。
- ・ 患者様本人への指導が困難な場合は、ご家族の方のご同席をお願いします。
- ・ 指導要時間は30分～60分です (症状や指導内容により前後します)。
- ・ 当日は、予約時間の**15分前**までに初診受付窓口にお声掛けいただけるようお伝えください。
- ・ **予約の変更や取り消しは栄養管理室までご連絡ください (直通：045-333-1437)**

FAX送信先： **045-331-1333**

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 患者サポートセンター