

⑨ 栄養食事指導 申込書 兼 紹介状（診療情報提供書）

※当院記入欄

※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	☐ 後日郵送（3日以内に発送）		医師名				
	☐ 後日FAX		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			☐ 男 ☐ 女	年 月 日			
連絡先	携帯電話	- -		自宅	- -		
病名							

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

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）。
- ・ 患者様お一人では心配な場合などは、ご家族の方もお同席ください。
- ・ 病状や指導内容によっては30分～60分かかります。
- ・ 当日は、診察がありますので**30分前**までに①初診受付窓口にお越しください。
- ・ **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 地域連携室