

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→同愛記念病院)

同愛記念病院連携栄養指導担当者 宛 作成年月日 令和 年 月 日

① 電話にて予約をお願いします。

予約電話：地域医療連携室03-5608-3237 紹介元医療機関

② 予約日決定後、本票をFAX願います。 名称

FAX：地域医療連携室03-5819-1816 電話番号

※電話受付時間 医師氏名 印

平日9:00～16:30／土曜9:00～12:00

予約 日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分
------------------	------------------------

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
住所				電話	
同愛記念病院 受診歴	有 (診察券ID) ・ 無 ・ 不明				
紹介目的	栄養指導				
病名	糖尿病、肥満(BMI30以上)、高血圧、腎臓病、心臓病、肝臓病、胃潰瘍、 その他 () 身長 cm 体重 kg 、血圧 /				
既往歴・家族歴・検査所見・経過・現在の処方等					
指示栄養量 (指示量をご記入ください。)					
エネルギー (kcal) : 1200・1400・1600・1800・2000・その他()					
蛋白質 (g) : 無 ・ 有 →蛋白質 (g) 30・40・50・60・その他()					
塩分制限 (g) : 無 ・ 有 (食塩6g) コレステロール制限: 無 ・ 有					
脂質 (g) _____					
エネルギー比率 P:F:C					
その他					

受診患者さまへの留意事項

① 予約当日、中央棟2階患者サポートセンター11番窓口にて予約時間30分前までに
お越し下さい。

② 予約当日お持ちいただくもの マイナンバーカード(保険証等)、医療証、
当院診察券(再診の方のみ)、直近の検査データ、本票。