**栄養指導の予約をご希望の場合は、次項の用紙の太枠内に必要事項をご記入いただき、地域医療室までFAX（0736－78－3373）して下さい。**

**予約日時は、折り返し『予約通知書』にてFAX返信させていただきます。**

**この依頼書は、診療情報提供書として扱わせていただきますので、太枠以下の診療情報をご記入いただき患者さまにお渡し下さい。**

　**予約受付時間　　　　　 ：平日（月～水、金曜日）午前9時～午後7時迄**

**（木曜日のみ）　　 午前9時～午後5時迄**

**受付時間以降受信FAX　：翌日対応**

 **（翌日が休みの場合は次の外来診療日対応）**

**診療情報提供書（栄養食事指導申込依頼）**

予約日時　　　　　　　年　　　月　　　日　午前・午後　　　　時　　　分

|  |
| --- |
| 紹介先医療機関等名　　公立那賀病院　　　　　　　　　　　担当　　　　　　科宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　紹介元医療機関の所在地及び名称　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（性別：男・女）患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号生年月日　大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日（　　　歳）　　職業 |
| **＜依頼内容＞**糖尿病・脂質異常症・肝臓病・腎臓病・心臓病・高血圧・嚥下障害・肥満症・その他（　　　　　　） |
| **＜関係ある情報をご記入下さい＞****ただし、検査結果を持参又はFAXして頂ける場合は、検査結果の記入は必要ありません**１．身長（　　　　）cm　体重（　　　　）kg２．検査値（　　　年　　　月　　　日測定）　　血圧（　　　）血糖値（　　　　　　　　　　　）HbA1c（　　　） TC（　　　）HDL（　　　）TG（　　　）尿酸（　　　　）　BUN（　　　）　ｸﾚｱﾁﾆﾝ（　　　　）３．現在の服薬・注射・その他　　糖尿病の場合　　（食事療法のみ・経口剤・インスリン）　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）４．飲酒(紹介医意向) □禁酒　□適量ならよい　 ５．運動(紹介医意向) □禁止･制限　□奨励 |
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状経過及び検査結果 |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備考 |

R1公立那賀病院