

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

患者氏名

(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

- 身長 () cm 体重 () kg
- 検査値 (年 月 日測定)
血圧 () 血糖値 () HbA1c () TC ()
HDL () TG () 尿酸 () BUN () クレアチン ()
- 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 ()
- 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