

診療情報提供書兼 地域連携栄養指導依頼書（紹介状）

(西暦) 年 月 日

予約専用 FAX
0795-88-5231

紹介元医療機関

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL _____

FAX _____

兵庫県立丹波医療センター宛

受診希望日	<p>初回栄養指導は木曜日のみ実施しております。</p> <p>原則ご希望日は、記入日より1週間以降をご記載ください。</p> <p>① _____ 月 _____ 日 ② _____ 月 _____ 日 ③ いつでも可</p>
--------------	--

【患者情報】

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名			TEL	
(旧姓)	(旧姓)		当院受診歴	有 ・ 無
住所	〒 _____			

栄養指導指示病名

- 糖尿病 脂質異常症 高血圧症 心疾患 肝疾患 肥満 (BMI30 以上) 高尿酸血症
 腎疾患 低栄養 鉄欠乏性貧血 (Hb10mg/dL 以下) 摂食嚥下機能低下
 その他 (_____)

指示事項 (ご希望がなければ、当院で判断させていただきます)

エネルギー _____ kcal たんぱく質 _____ g 脂質 _____ g

 塩分制限 (塩分 6g 未満) その他指示事項 (_____)

検査値

直近の検査値をご持参いただきますようお願いいたします。追加検査が必要な場合は、当院で実施いたします。

その他伝達事項があればご記入ください。