

けいなん総合病院 栄養指導依頼票 兼 紹介状

____年 ____月 ____日

紹介先: けいなん総合病院 地域連携センター 宛

<紹介元情報>

紹介元 医療機関名		担当医師		電話番号	☎
--------------	--	------	--	------	---

<患者情報>

フリガナ 対象者氏名		様 (男・女)	生年月日: 年 月 日	年齢: 歳
住所	〒		電話番号	☎

受診希望日時	月 日 : <input type="checkbox"/> 9:00 / <input type="checkbox"/> 10:30
--------	--

【治療状況および栄養食事指導指示内容】

栄養食事指導 対象の疾患名	身長: _____ cm 体重: _____ kg <input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン ・ 経口薬 ・ 投薬なし) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (透析あり ・ 透析なし) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
栄養量の指示	<input type="checkbox"/> 病態に見合った栄養量を 管理栄養士が算出する。	もしくは	<input type="checkbox"/> エネルギー: _____ kcal <input type="checkbox"/> たんぱく質: _____ g <input type="checkbox"/> 脂 質: _____ g <input type="checkbox"/> 食塩相当量: _____ g <input type="checkbox"/> 水 分: _____ mL <input type="checkbox"/> その他 (_____)
特記事項 (栄養管理上の 目標等)			

- ・ まずは、お電話にて予約スケジュールのお問い合わせをお願い致します。その後、地域連携センターまで本用紙をご送信下さい(予約の変更やキャンセルの場合も、お電話をお願い致します)。また、直近の検査データにつきましても、事前 FAX にて、合わせてご送信下さい。
 - ・ 患者様おひとりで心配な場合は、ご家族の方も同席下さい。所要時間は 30 分程度です。
 - ・ 2~3 ヶ月に 1 回の実施を目安に、年 4~6 回を 1 クールとしてご提案させていただきます。
 - ・ 当日の診療状況によってはお待たせすることがございますので、あらかじめご了承下さい。
- ※ 当日は、予約の 10 分前に 1 階受付までお越し下さい。

◎お問い合わせ先 : JA 新潟厚生連 けいなん総合病院 地域連携センター
 TEL 0255-72-3161 内線 1144 FAX 0255-72-3175(直通)

