FAX送信用

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　　：　　　　9:00　/　　　　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  糖尿病 （　　インスリン　　・　　経口薬　　・　　投薬なし　　）  腎臓病　( 透析あり　・　透析なし　)  その他　（　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | |
| 栄養量の指示 | | 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 | エネルギー：　　　　　　　　　　ｋcal  たんぱく質：　　　　　　ｇ　脂　質：　　　　　　ｇ  食塩相当量：　　　　　　ｇ水　分：　　　　　　mL  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） |