

濟生会湘南平塚病院 予約窓口FAX 0463-71-6185(直通)

 地域連携栄養指導申込書・診療情報提供書

_____様 _____年 _____月 _____日(_____) _____時 _____分に予約しました。

太枠内の必要事項を記入の上、濟生会湘南平塚病院 検査予約窓口FAX 0463-71-6185(直通)あてにご返送ください。

【必須項目】

フリガナ		□男 ・ □女	生年月日
患者氏名			□T □S □H
電 話	()		年 月 日
身体情報	身長: cm	体重: Kg	
栄養指導指示病名 ☐ 糖尿病 ☐ 糖尿病性腎症 ☐ 脂質異常症 ☐ 肥満症 ☐ 高血圧症 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓・胆疾患 ☐ 脾臓疾患 ☐ 胃潰瘍 ☐ 貧血症(Hb10g/dl以下) ☐ 低栄養 ☐ 嚥下障害 ☐ その他() ※3カ月以内の採血データがあれば添付してください。			

【選択項目】 ※希望がなければ、当院で判断させていただきます。チェックのみでも可。

指示栄養量	エネルギー(kcal) ☐ 当院にて決定 ☐ その他()kcal
	☐ タンパク質制限 ()g ☐ 脂質制限 ()g
	☐ 塩分制限 ()g未満 ☐ 水分制限 ()ml/日
	☐ カリウム制限 ☐ リン制限 ☐ その他 ()
	指導内容()
その他留意事項・検査値等	

医療機関名	
住 所	
電話番号	
FAX番号	
	医師名 _____ (印)