

初回

診療情報提供書(外来栄養食事指導用)

令和 年 月 日

和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院 宛 FAX 0736-22-8275

紹介元 医療機関	住 所			
	医療機関名			
	医師氏名	⑩		
	電話番号		FAX	

ふりがな			性 別	男 ・ 女
患者氏名				
生年月日	(T ・ S ・ H ・ R) 年 月 日	年 齢	歳	
患者住所			電話番号	
受診希望日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	(都合の悪い日)	
身 長	cm	体 重	kg	
指導食種	糖尿病食 ・ 糖尿病腎症食 ・ 腎臓病食 ・ 心臓病食 ・ 高血圧症食 ・ 脂質異常症食 肥満症食(BMI 30以上) ・ 肝臓病食 ・ 痛風食 ・ 膵臓病食 ・ 胃十二指腸潰瘍食 消化管術後食 ・ 低残渣食 ・ 貧血食(Hb10g/dl 以下) ・ 食物アレルギー食(9歳未満)			
病 名				
治療経過				
検査結果				
現在の処方				
特記事項				

★ 太線枠内は必ずご記入下さい。

★ 栄養指導の実施日は月～金曜となります。ただし、初回は月曜日・火曜日の午前中となります。

★ 検査結果がある場合はご持参下さい。

★ 予約日時が決まり次第、予約表を送信します。

★ FAXの受付時間は9:00～17:00 (平日:月～金曜日、祝日年末年始除く)

★ 17時以降のFAXの対応は、翌日(休日の場合は平日以降)となります。

★ 予約の変更などのお問い合わせ先 : TEL 0736-22-8369 紀北分院 栄養管理室