

2回目以降

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	月 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)			
指示栄養量	エネルギー : kcal		塩分制限 : <input type="checkbox"/> 有(塩分6g未満) <input type="checkbox"/> 無	
	たんぱく質制限 : <input checked="" type="checkbox"/> 有()g <input type="checkbox"/> 無		その他:(カリウム制限など)自由記入	
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。

★ 2回目以降の栄養指導は、かかりつけ医師の指示が必要となりますので、必ず指示栄養量の記載をお願いします。

★ 2回目以降の栄養指導実施日は月～金曜となります。

★ 検査結果がある場合は情報提供をお願いします。(添付でもかまいません。)

★ 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