

記入日 平成 年 月 日

## 地域連携栄養指導依頼票(紹介状)

医療機関名: 呉共済病院 地域医療連携室 宛

地域連携栄養指導を申し込みます。

紹介元 医療機関	住所	
	医療機関名	
	医師氏名	④
	電話番号	
	FAX 番号	

下記の該当欄にご記入の上、直近の検査データの写しを合わせて、呉共済病院 地域医療連携室(FAX 0823-22-2116)までお送り下さい。また、この依頼票をもって紹介状とさせていただきますので当日患者様に持参させて下さい。

予約日: 年 月 日 時 分

フリガナ 患者氏名 性別		男・女
生年月日・年齢	明・大・昭・平	年 月 日 ( )歳
身体計測値	身長 _____ cm	体重 _____ kg

栄養指導 関連病名	
既往歴及び 家族歴	
指導食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 心臓食 <input type="checkbox"/> 高血圧症食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> その他( )
指示栄養量	<input type="checkbox"/> 身体計測値・検査データを基に紹介先の医療機関で決定 (上記を選択された場合は下記の記入は必要ありません) エネルギー _____ kcal 蛋白質 _____ g 塩分 _____ g
備考 (治療経過など)	