

# 連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書

(連携医療機関→済生会向島病院)

済生会向島病院 地域医療連携室 宛

作成日 年 月 日

① 地域医療連携室にお電話でご予約ください。

TEL：地域医療連携室 直通 03-3610-3664

② 予約後、本票に必要事項をご記入の上、

FAXをお願いします。

FAX：地域医療連携室 直通 03-3610-3729

紹介元医療機関 名称 電話番号 医師氏名	①
-------------------------------	---

予約日時	年 月 日 ( ) 時 分
------	------------------

ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
住 所				電話	- -
済生会向島病院 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明				
紹 介 目 的	栄養指導				
病名・症状等	糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 慢性腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 貧血 その他 [ ] 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg、 血圧 _____ / _____ mmHg				
既往歴・家族歴・検査所見・経過・現在の処方等					

指示栄養量 (該当する項目に○印をご記入ください。(特にご指示の無い場合は未記入で結構です))

エネルギー (kcal)	1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ 2000 その他 ( )
塩分制限 (g)	6g 未満 ← 必要時に○をつけてください。
たんぱく制限 (g)	・無し ・有り ⇒ 30g ・ 35g ・ 40g ・ 45g ・ 50g ・ 55g ・ 60g その他 ( )
脂質制限 (g)	・無し ・有り (15g ・ 25g) (特に制限のない場合は、当院の栄養基準に合わせて算出します)
その他 指示事項	

## 受診される患者様への留意事項

- ① 初診の方は、1階 初診・再来受付 (1番) にいらしていただき、本票をご提出ください。
- ② お持ちいただくもの 保険証、当院診察券 (お持ちの方のみ)、直近の検査データ、本票