|  |  |
| --- | --- |
| **栄養指導　専用申込書** | **松下記念病院　　　　ＦＡＸ（０６）６９９２-６６９７　（医療連携専用）** |
| **診療情報提供書（ＦＡＸ紹介予約申込書）** | |

　年　　　　月　　　　日

**松下記念病院　栄養指導室宛**

医療機関名

㊞

医師氏名

　　　　　住所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者 | フリガナ | 生年  月日 | □大　　□昭　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　□男　□女 | □平　　□令　　　　　　　　（　　　　　歳） |
| 今までに松下記念病院を受診したことが　　　　　　　　　　□ あります　　　　□ ありません | | |

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |
| --- | --- |
| 身体状況 | 身長：　　　　　　　㎝　　　　体重：　　　　　　　㎏ |
| 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（BMI：30以上）  　□高血圧・心疾患　　　□腎臓病　　　□透析　　　□胆のう・肝臓疾患  　□膵臓疾患　　　□がん　　□消化管術後　□胃潰瘍　　□貧血（Hb：10ｇ/dl以下）  　□低栄養　　　□摂食嚥下障害　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 指示栄養量 | ※ご指示がないようでしたら、当院にて判断させていただきます。  ●エネルギー（kcal）  □松下記念病院にて決定  □1200　　□1400　　□1600　　□1800　　□2000　　□その他（　　　　　　）kcal  ●その他指導項目  □たんぱく質制限　　　　　　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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　について |
| その他医療情報  及び特記事項 |  |

**※ 直近の採血データを必ずご持参ください**

|  |
| --- |
| 栄養指導希望日　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　　日　（　　　　　　）　　　　　希望 |
| 患者様が待機されている等　FAX受信後、直ちに連絡の必要がありますか？　　　　　□　有 |

備考：予約申し込みのFAX送信は来院希望日前日までの、平日８：３０～１7：００にお願いいたします。

**松下記念病院　患者支援連携センター**

**〒570-8540　　守口市外島町５番５５号　　直通TEL　（０６）６９９２-５３７３**