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　栄養管理室宛

医療機関名
医師氏名　　㊞
住　　所
電話番号
ＦＡＸ番号

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		

※ 直近の採血データを必ずご持参ください

身体状況	身長:　　cm　　体重:　　kg
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	□ 心不全再入院予防継続管理料 3 算定のため

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