

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

印

住所

電話番号

FAX番号

患者	フリガナ	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	月	日	(歳)
	今までに松下記念病院を受診したことが			<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満症(BMI:30以上) <input type="checkbox"/> 高血圧・心疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 胆のう・肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 膵臓疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 消化管術後 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 貧血(Hb:10g/dl以下) <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 松下記念病院にて決定 <input type="checkbox"/> 1200 <input type="checkbox"/> 1400 <input type="checkbox"/> 1600 <input type="checkbox"/> 1800 <input type="checkbox"/> 2000 <input type="checkbox"/> その他()kcal ●その他指導項目 <input type="checkbox"/> たんぱく質制限_____g <input type="checkbox"/> 脂質制限_____g <input type="checkbox"/> 塩分制限_____g 未満 <input type="checkbox"/> 水分制限_____ml/日 <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> その他() ●指導内容 _____ について	
その他医療情報 及び特記事項		

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?				<input type="checkbox"/> 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