

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 | <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 | ( 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<br>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)<br><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<br><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)<br><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。<br><br>●エネルギー(kcal)<br><input type="checkbox"/> 松下記念病院にて決定<br><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<br><br>●その他指導項目<br><input type="checkbox"/> たんぱく質制限_____g <input type="checkbox"/> 脂質制限_____g<br><input type="checkbox"/> 塩分制限_____g 未満 <input type="checkbox"/> 水分制限_____ml/日<br><input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> その他( )<br><br>●指導内容<br>_____ について |
| その他医療情報<br>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?  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