

## 診療情報提供書(栄養指導依頼書)

所沢市市民医療センター  
担当医 宛

依頼元医療機関名  
TEL  
医師名

ふりがな 患者氏名	男 女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	( ) 歳
TEL	※栄養指導の件で、こちらからご連絡する可能性があります				

指導事項にを入れ、指示等をご記入ください

病名	
栄養指導 対象食種	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症食 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 心疾患に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 高血圧症に対する減塩食 <input type="checkbox"/> 高度肥満症(肥満度 40%以上又は BMI30 以上)に対する治療食 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下に対する食事 <input type="checkbox"/> 低栄養状態に対する食事 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(9歳未満)に対する食事
指示内容	<p><b>【指導事項・治療経過等】</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;">         </div> <p><b>【栄養量】</b>    <input type="checkbox"/> エネルギー    _____ kcal/日    又は    _____ kcal/体重kg/日  <input type="checkbox"/> たんぱく質    _____ g/日    又は    _____ g/体重kg/日  <input type="checkbox"/> 塩分制限    _____ g 未満  <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )  <input type="checkbox"/> 医療センターに委任</p> <p><b>【その他】</b>    <input type="checkbox"/> 飲酒 (可・不可)    <input type="checkbox"/> 運動 (可・不可)</p>
身体状況	身長 _____ cm    体重 _____ kg (増加・不変・減少・不明) 必要に応じて検査データを添付ください

- 栄養指導の予約は電話でお願いいたします    **TEL 04-2992-1152 (医事)**  
 予約電話受付時間 月～金曜日 8:30～17:00
- 予約後は本票を FAX してください    **FAX 04-2992-1173**
- 患者様に本票の原本・血液検査データ(必要に応じて)・食事記録(3日分程度)を当日お持ち  
 いただくようご指示ください