

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(16 歳未満)に対する食事
指示内容	<p>【指導事項・治療経過等】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;"> <!-- Empty space for notes --> </div> <p>【栄養量】 <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>【その他】 <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