

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→荏原病院)

荏原病院 連携栄養指導担当医 宛

作成年月日 平成 年 月 日

① 電話にて栄養指導の日程調整をお願いします。

紹介元医療機関

予約TEL: **地域連携室 直通 03-5734-7027**

所在地

連携栄養指導日程

ご希望の栄養指導における日程より

ご都合の良い日をお知らせください。

・個別栄養指導 毎週金曜日午前中(指導時間: 40分)

・糖尿病教室 毎週水曜日 午後1時30分より

(医師、管理栄養士の講話の後、個別指導も実施
指導時間 : 2時間)

名称

電話番号

医師氏名

印

連携医登録(有・無)

予約日時	平成 年 月 日 (曜日)
	時 分
	個別栄養指導 ・ 糖尿病教室

指導日調整後、太枠の中をご記入の上、荏原病院地域連携室にFAXしてください。

② 患者さま情報 FAX 送信先: **地域医療連携室 03-5734-7018**

ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)
住 所				電話 FAX	— — — —
荏原病院受診歴	有 (わかれば診察券番号 _____) ・ 無 ・ 不明				
病名・症状等	糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 慢性腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 貧血 その他 [_____]				
	身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg、 血圧 _____ / _____ その他留意事項・検査値等				

③ 指示栄養量 (指示量をご記入ください。特にご指示の無い場合は未記入で結構です)

エネルギー(kcal): 1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ 2000 ・ その他 (_____)
たんぱく制限 (g): 無 ・ 有 → たんぱく質(g) [30 ・ 40 ・ 50 ・ 60 ・ その他 (_____)]
塩分制限(g): 無 ・ 有 → 食塩(g) [5 ・ 6] コレステロール制限: 無 ・ 有
脂質(g) _____
エネルギー比率 P:F:C= _____ : _____ : _____ P:S=2:1
その他 _____

④ 受診患者さまへの留意事項

※初回の栄養指導は診察後に行います

① 初診の方は、1階 初診受付に、予約時間の20分前までにおこしください

(以前に当院を受診されたことのある方は、予約時間の10分前までにおこしください)

② お持ちいただくもの 保険証、当院診療券(再診の方のみ)、直近の検査データ、本票(郵送しない場合)

※問合せ先 : 荏原病院 地域連携室 TEL: 直通 03-5734-7027