

診療情報提供書 兼 栄養食事指導依頼票

令和 年 月 日

【紹介先医療機関】

山形ロイヤル病院
東根市大森2丁目3-6
TEL : 0237-43-8080
FAX : 0237-43-8227

【紹介元医療機関】

医療機関名 :
医師名 :
TEL :
FAX :

【紹介患者情報】

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 (歳)
	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 令和			
住所					
電話番号	※連絡のつく電話番号をご記入ください				

【栄養指導指示内容】

傷病名 (指導病名)	<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"/> 痛風
	<input type="checkbox"/> 肥満症 (BMI30以上)	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 慢性心不全	
	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害	
指導指示	<input type="checkbox"/> エネルギー kcal	または	<input type="checkbox"/> 病態に基づき適正栄養量を 管理栄養士に算出させる	
	<input type="checkbox"/> たんぱく質 g			
	<input type="checkbox"/> 塩分 g			
	<input type="checkbox"/> その他			
指導希望日	※希望日は、依頼票作成から1週間以上期間を空けた日でご記入をお願いします。			
	第1希望日	第2希望日	第3希望日	
	月 日	月 日	月 日	
	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
特記事項	※症状治療経過等をご記入ください。			
現在の処方				

※直近の採血データの添付をお願いいたします。

※指導希望日を確認し、当院より直接、紹介患者様へ日程のご相談をさせていただきます。

※栄養指導実施後は、FAXにてご報告させていただきます。

【問い合わせ先：山形ロイヤル病院 栄養科 (TEL 0237-43-8080 / FAX 0237-43-8227)】