地域連携外来栄養食事指導申込書兼診療情報提供書

↓太枠内をご記入の上、受付時間内にFAXしてください。

FAX 0198-62-0113

また本書の原本を指導日までに当院連携室へ送付願います。

TEL 0198-62-2222

■外来栄養食事指導が必要のため、次の患者を紹介します。

施設名	紹介先医療機関
医師氏名	岩手県立遠野病院
住所	外来担当医師殿
TEL	
FAX	

(フリガナ) 患者氏名	性別		職業
	男・女		

生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日	歳
------	-----------	---	---	---	---

住所	〒	-	別途健康保険情報を添付してください。
	岩手県		

連絡先	自宅 ()	呼出の場合→ 様方
	携帯 ()	

申込 時 記 入 (デ ー タ 添 付 で も 可 能)	依頼目的 (病名)	・糖尿病・脂質異常症・高血圧症・慢性腎不全・糖尿病性腎症・高尿酸血症 ・高度肥満・がん・肝機能障害 ・その他特記 ()				
	身長	cm	体重	kg	血圧	~ mmHg
	指示事項	指示エネルギー量	たんぱく質	脂肪	塩分	その他
		kcal	g	g	g	
	直近 検査値	尿糖	投薬等			
		血糖値	mg/dl			
		HbA1c	%			
		尿たんぱく				
		TCHO	mg/dl			
		HDL	mg/dl			
LDL		mg/dl				
TG		mg/dl				
AST		lu/L				
ALT		lu/L				
γ-GTP	lu/L					
BUN	mg/dl					
CRE	mg/dl					
尿酸値	mg/dl					

【指導日、時間】 毎週 月曜、水曜、金曜 (休日除く) ①9:00~9:45 または ②9:45~10:30

受診希望日	第1希望日	月 日 ()	時間(希望に○)	①9:00~9:45 ②9:45~10:30
	第2希望日	月 日 ()	時間(希望に○)	①9:00~9:45 ②9:45~10:30

その他希望事項、連絡等：