

**栄 養 指 導 依 頼 診 療 予 約 申 込 書**

**【紹介元医療機関】**

申込日： 年 月 日

医療機関名		栄養指導日	平日 午前 9:30~11:00 平日 午後 14:30~16:00
医師名		指導時間	約30分 ※指導前に医師の診察があります
電話番号		受診希望日	第1希望 月 日 ( ) 午前・午後 第2希望 月 日 ( ) 午前・午後
F A X		ご都合の悪い日	

**【紹介患者情報】**

水府病院 受診歴： 無 ・ 有 ( ID : )

フリガナ		男・女		生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 ( 歳)
患者氏名					
住所	(〒 - )				
電話番号		携帯番号			
主病名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 高度肥満症 (BMI : 30kg/m <sup>2</sup> 以上) <input type="checkbox"/> 腎不全・心不全 (減塩等) <input type="checkbox"/> 痛風 (UA : 7.0mg/dl以上) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 貧血 (鉄欠乏性貧血) <input type="checkbox"/> 低栄養 (血中ALB : 3.0g/dl以下) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※血液検査データ、処方録をFAX下さいますようお願い致します。				

**【基礎データ】**

<input type="checkbox"/> 食事療法 (                  kcal ) <input type="checkbox"/> 身長：                  cm <input type="checkbox"/> 体重：                  kg <input type="checkbox"/> インスリン ※インスリンの種類、量に関しましては、処方録に記載して下さい。
--

**【手続き方法】**

【栄養指導依頼診療予約申込書】を事前にFAXで送信してください。ご希望日または、ご都合の悪い日を必ずご記入ください。予約日を調整し、『予約連絡票』をFAXにてお送り致します。  
 ※ 完全予約制となります。

**【連携室受付時間】**

平日 8:30~17:00 / 第1・3土曜日 8:30~12:00

時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休日明けとなります。

※調整後、連絡までにお時間を頂く場合がございます。  
 お急ぎの場合や30分以上連絡が無い場合は、お手数ですがご連絡ください。

<<お問い合わせ先>> 水府病院 地域医療連携室  
 TEL : 029-309-6546 (直通) / 029-309-5000 (代表)  
 FAX : 029-309-6641