

連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 (連携医療機関→北秋田市民病院)

北秋田市民病院 栄養指導担当医 宛

作成年月日 令和 年 月 日

★ご紹介下さる先生方へお願い。

下記の項目1.~3.の中をご記入の上、北秋田市民病院
地域連携室にFAXしてください。予約確定後、本票を返送
しますので、患者様にもコピーをお渡しください。

紹介元医療機関

所在地

名称

電話番号

医師氏名

㊞

1. 栄養指導の希望日をお知らせください。(14~16時)

①令和 年 月 日 時 ~

②令和 年 月 日 時 ~

2. 患者さま情報 FAX送信先：0186-78-9508 北秋田市民病院 地域連携室

ふりがな 氏名		性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
住所		電話 FAX	— — — —	
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 (L/Dは添付可)			

3. 指示栄養量 (指示量をご記入ください。特にご指示のな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 : 有 ・ 無
脂質 (g)
エネルギー比率 P : F : C = : : : P : S = :
その他 _____



4. 予約日時

様 の栄養指導は、次の通り予約しました。5. 留意事項をお読みになり、ご来院下さい。
なお、指導結果につきましては、後日ご紹介元の先生宛に当院の管理栄養士よりご報告申し上げます。
令和 年 月 日 () 時 分 ~40分程度

5. 受診患者さまへの留意事項

- ①初診の方は2階新患受付に、予約時間の1時間前までにお越しください。初回の栄養指導は診察後に行います。
(以前に当院を受診されたことのある方は、予約時間の20分前までにお越しください)
- ②お持ちいただくもの : 保険証、当院診察券 (再診の方のみ)、直近の検査データ、本票

※問合せ先：北秋田市民病院 地域連携室 TEL：直通0186-62-7011