診療情報提供書(兼)外来栄養指導依頼票

年　　月　　日

＜指導希望日＞

①　　年　　月　　日　　AM ・ PM

②　　年　　月　　日　　AM ・ PM

③　　年　　月　　日　　AM ・ PM

医療機関名

医　師　名　　㊞

＜希望事項＞

☐下記の指示内容の指導を依頼する。

☐その他(　　)

TEL：

FAX：

フリガナ		男 ・ 女	貴院ID	
患者氏名			松中ID	
生年月日	明・大・昭・平 ・ 令　　年　　月　　日（　　才）			
住所	〒　　－ TEL:　　－　　－			
身体状況	身長　　cm　体重　　kg	今回の栄養指導	☐ 初回　☐ 再指導(継続)　☐ 指導内容変更	
傷病名				
経過及び依頼目的				

指導内容	※ 必要な項目にチェック及び記載をお願いいたします。	
	☐ 糖尿病・肥満 脂質異常症 ⇒	熱量（　　）　塩分制限 有（　　）g ・ 無 その他（　　）
	☐ 腎臓病・透析 ⇒	熱量（　　）kcal　蛋白（　　）g カリウム制限 有 ・ 無　その他（　　）
	☐ 心臓病 高血圧 ⇒	（　　）
	☐ その他 ⇒	（　　）

検査値	検査日　　月　　日		※下欄へご記入または検査データを添付してください。			
	HbA1c(%)		TG(mg/dl)		HDL-C(mg/dl)	
	LDL-C(mg/dl)		Cre(mg/dl)		BUN(mg/dl)	
	尿糖		尿蛋白		ｶﾘｳﾑ(mEq/L)	

連絡事項	飲酒　☐ 可　☐ 不可 運動　☐ 可　☐ 不可 ☐ 減量指導 ☐ 食事の目標・動機づけ ☐ 食習慣の改善 ☐ その他（	備考
ご連絡先	松阪中央総合病院 地域医療連携室(直通)　TEL.0598-21-5510　FAX.0598-21-7616 受付時間　8:30～16:30　Faxは24時間稼動。但し、時間外・休日着信分は翌日対応。	

※ 受診当日は、お薬手帳をご持参いただくようお伝えください。