

地域連携栄養指導依頼票

令和 年 月 日

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 地域連携室 御中

紹介元

所在地

紹介医師

<紹介患者情報>

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者名		☐ 男 ☐ 女	昭和・平成 年 月 日	歳
現住所	〒		電話番号	

【指導対象病名】

☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐脂質異常症 ☐高度肥満（BMI30以上）

☐ その他 ()

【指示栄養量】

身長 c m / 体重 k g

☐ 1200kcal ☐ 1400kcal ☐ 1600kcal ☐ 1800kcal

☐ その他 ()

【指導内容】

☐塩分制限 ☐糖質や間食などの制限 ☐その他（ ）

【指導希望日（翌週以降の水曜日指定）】（地域連携室から確定日をお返事します）

第1希望) 令和 年 月 日 (水曜日 10時・11時)

第2希望) 令和 年 月 日 (水曜日 10時・11時)

【その他の指示コメント／治療薬などの情報】

【栄養指導に関する最新の検査データがあれば（写し）を患者さんにお渡しください】

【ご案内】

本依頼票を受領しましたら、予約日の調整について地域連携室よりご連絡いたします
(時間外、土日祝日に受領した場合は、翌診療日に対応させていただきます)