

# 診療情報提供書(栄養指導依頼書)

作成日 年 月 日

(紹介先医療機関名)

利根中央病院

医師名 宛

医療機関名

所在地

医師名 印

患者氏名 様 男・女 歳

生年月日	T S H 年 月 日
病名	
紹介目的	栄養指導
	身長 cm 体重 kg
職業	

指示カロリー	kcal
--------	------

糖尿病コントロール	HbA1c %
	尿蛋白 - ± ++ +++ +++++

合併症	なし	
	あり	高血圧症 脂質異常症 肥満症 脂肪肝 慢性腎不全 その他 [ ]

特に食生活で気になることがありましたらご記入頂けますか。参考にさせていただきます。

希望する日時の記入をお願いします。時間は○を付けてください。

第1希望			第2希望			第3希望		
月	日	( )	月	日	( )	月	日	( )
AM	9時	10時 11時	AM	9時	10時 11時	AM	9時	10時 11時
PM	14時	15時 16時	PM	14時	15時 16時	PM	14時	15時 16時

(実施曜日)  
月～金:AM、PM  
土:AM  
日・祭日は除く

- ①当日は、紹介状(診療情報提供書)・保険証・当院診察券(お持ちの方)を必ずお持ちください。
  - ②初回当日は、『再来受付機』で来院確認をして、総合支援センターへお越しください。
  - ③内科外来の処置外来受診後、栄養指導となります。
- ※お薬手帳をお持ちの方は必ずご持参ください。