

診療情報提供書 兼 栄養食事指導予約申込書

該当を○で囲み、必要事項□をチェック下さい。太字□枠内必須。

<table border="1"> <tr> <td>〒273-8588 船橋市金杉1-21-1 船橋市立医療センター 行</td> </tr> </table> <p>連携医予約（本依頼書 FAX で予約）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第1希望 令和 年 月 日 ・第2希望 令和 年 月 日 ・なし（いつでも可） 	〒273-8588 船橋市金杉1-21-1 船橋市立医療センター 行	令和 年 月 日
	〒273-8588 船橋市金杉1-21-1 船橋市立医療センター 行	
	所在地	
	貴医療機関名	
先生の御名前		
	TEL ()	
	FAX ()	

.....この線から上を表面にして封入してください.....

ふりがな	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
住所 男・女	TEL
病名	
紹介目的／栄養指導	身長 cm 体重 kg
<指導内容> <input type="checkbox"/> エネルギー制限食 <input type="checkbox"/> 潰瘍食 <input type="checkbox"/> 離乳・幼児・学童食 <input type="checkbox"/> エネルギー・塩分制限食 <input type="checkbox"/> 低脂肪食 <input type="checkbox"/> その他、低栄養、食欲不振など <input type="checkbox"/> 低たんぱく質食 <input type="checkbox"/> 術後食 ()	
エネルギー kcal たんぱく質 g 脂質 g 塩分 g	※記載のない栄養価は体格に 合わせた量で説明致します。

.....ここまで記入の上、FAX 頂ければ予約手続き致します.....

以下、自院の診療情報提供書を使用する場合は記入不要 → □チェック下さい。

症状・経過	経過及び検査データ等
既往症	
現在の処方	
備考 持参資料（有・無）	

船橋市立医療センター地域医療連携室 FAX 047-439-0737 TEL 047-438-3964