

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。

〒273-8588 船橋市金杉1-21-1 船橋市立医療センター 行	平成 年 月 日
	所在地
	貴医療機関名
	先生の御名前
連携医予約 (本依頼書 FAX で予約) ・第1希望 平成 年 月 日 ・第2希望 平成 年 月 日 ・なし (いつでも可)	TEL () FAX ()

.....この線から上を表面にして封入してください.....

フリガナ	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成
男・女	年 月 日 () 歳
住所 県 市・町・村	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 脂質 g	たんぱく質 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。	
<検査・測定> <input type="checkbox"/> 味覚検査(ろ紙ディスク法) 味覚障害の病名が必要 <input type="checkbox"/> 体構成成分分析(Inbody) 溢水や脱水の身体症状病名が必要 ※溢水症状 (浮腫、うっ血性心不全、ネフローゼ症候群、慢性腎不全、腹水症、胸水貯留症など) 脱水症状 (発熱性疾患、熱射病、尿毒症、過換気症、下痢症、嘔吐症、腸痙、熱傷、麻痺性イレウス、副腎皮質機能低下症、甲状腺機能亢進症など)	

.....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