

**栄養指導依頼診療予約申込書**

【紹介元医療機関】

申込日： 年 月 日

医療機関名	受診希望日 (月・木) (PM以外)  ※時間を右記番号より選んでください。	第1希望	月	日	時間 ( )
医師名		第2希望	月	日	時間 ( )
電話番号		第3希望	月	日	時間 ( )
F A X		①9:30~ ②10:00~ ③10:30~ ④14:30~ ⑤15:00~ ⑥15:30~			
指導時間		約30分 ※指導前に医師の診察があります			

【紹介患者情報】

水府病院 受診歴： 無 ・ 有 ( ID : )

フリガナ	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 ( 歳)
患者氏名			
住所	(〒 - )		
電話番号	携帯番号		
指導内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病指導コース <input type="checkbox"/> 脂質異常症指導コース <input type="checkbox"/> 高度肥満食 (BMI : 30kg/m <sup>2</sup> 以上) <input type="checkbox"/> 腎臓食・糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓食 (塩分6g以下/日以下) <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 肝臓食 <input type="checkbox"/> 胆石症・胆嚢炎食 (低脂肪食) <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 貧血 (鉄欠乏性貧血) <input type="checkbox"/> 低栄養 (血中ALB : 3.0g/dl以下) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>※血液検査データ、処方録をFAX下さいますようお願い致します。</b>		

【基礎データ】 ※指導内容に係わらず、必ずご記入ください。

<input type="checkbox"/> 主病名： <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 身長： cm 体重： kg <input type="checkbox"/> 食事療法 ( kcal) <input type="checkbox"/> インスリン 有 ・ 無 ※インスリンの種類、量に関しましては、処方録に記載して下さい。	[ ]
--	-----

【手続き方法】

【栄養指導依頼診療予約申込書】を事前にFAXで送信してください。ご希望日、希望時間を必ずご記入ください。予約日を調整し、『予約連絡票』をFAXにてお送り致します。  
 ※完全予約制となります。

【連携室受付時間】 平日 8:30~17:00

時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休日明けとなります。

※調整後、連絡までにお時間を頂く場合がございます。  
 お急ぎの場合や30分以上連絡が無い場合は、お手数ですがご連絡ください。

<お問い合わせ先> 水府病院 地域医療連携室 TEL : 029-309-6546 (直通) / 029-309-5000 (代表) FAX : 029-309-6641
---