

地域連携外来栄養食事指導申込書兼診療情報提供書

□□□□ - □□□□□□ - □□

FAX: 019-654-5052

↓太枠内に必要事項をご記入のうえFAXしてください。また、本書の原本を指導日までに当院連携室に送付(患者持参も可)願います。

TEL: 019-653-1151(内線2191)

TEL: 019-622-9996(連携室直通)

■外来栄養食事指導が必要のため、次の患者を紹介します。

施設名 _____	紹介先医療機関 _____
医師氏名 _____	岩手県立中央病院
住所 _____	糖尿病・内分泌内科
電話 _____ FAX _____	外来担当医 殿

(フリガナ) 患者氏名						性別	職業
							男・女	
生年月日	明 大 昭 平		年		月		日	才
岩手県立中央病院を受診したことがありますか	はい()科・()年頃・いいえ							
他県立病院を受診したことがありますか	はい()病院・()年頃・いいえ							
住 所	〒 □□□□ - □□□□□□						別途、健康 保険情報を 添付して ください。	

連絡先	自宅 () (携帯 - -) 呼出の場合 → 様方
-----	--------------------------------

申込時記入 (データ添付でも可能)	依頼目的(病名)	・糖尿病 ・脂質異常症 ・高血圧症 ・慢性腎不全 ・糖尿病性腎症 ・がん ・その他()						
	身長	cm	体重	kg	血圧	~	mmHg	
	指示事項	エネルギー kcal	たんぱく質 g	脂肪 g	塩分 g			
	直近検査値	尿糖	血糖値 mg/dl	HbA1c %	TCHO mg/dl	HDL mg/dl	LDL mg/dl	TG mg/dl
		尿蛋白	AST Iu/l	ALT Iu/l	γ-GTP Iu/l	BUN mg/dl	CRE mg/dl	UA mg/dl
	投薬等:							
	既往症、家族歴、治療経過等:							

【指導日】 毎週 月曜日 ※年末年始・祝日を除く 【指導時間】 15:00~15:30

受診希望日:
第1希望日 ____月 ____日 (____曜日) 第2希望日 ____月 ____日 (____曜日)

その他希望事項:
継続指導の希望: 有・無 (希望有の場合は、初回の指導時に患者さんと相談のうえ指導日を決定します。)