

診療情報提供書 (個人食事栄養指導)

国府台病院

個人食事栄養指導 担当医宛

貴院の名称・所在地・電話番号・医師氏名

フリガナ

患者氏名: \_\_\_\_\_ 性別: 男 ・ 女

生年月日: 昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【病名】 該当する病名に○をつけてください。

・糖尿病 ・腎臓病 ・高血圧 ・心臓疾患 ・高度肥満症 ・肝臓病

・摂食/嚥下障害 ・鉄欠乏性貧血

・脂質異常症 ・潰瘍性大腸炎 ・クローン病 ・消化器手術後

その他( \_\_\_\_\_ )

身長( \_\_\_\_\_ )cm 体重( \_\_\_\_\_ )kg

体組成分析の希望 : 有 ・ 無

【食種】 ①②③のいずれかご記載ください。

① 栄養基準表の食種から選択 ( \_\_\_\_\_ )

② エネルギー( \_\_\_\_\_ kcal)、たんぱく質( \_\_\_\_\_ g)、脂質( \_\_\_\_\_ g)、塩分( \_\_\_\_\_ g)、  
その他( \_\_\_\_\_ )

③ 当院担当者に一任

【その他ご希望事項】

※栄養指導の参考にさせて頂ける血液検査結果等ありましたら、同時に FAX 下さい。

【お問い合わせ】電話:047-375-4744(地域医療連携室直通)