FAX:047-375-4746(地域医療連携室)

診療情報提供書 (個人食事栄養相談)

国立国府台医療センター

個人食事栄養相談 担当医宛

貴院の名称・所在地・電話番号・医師氏名

来院者 本人 本人以外

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】

※栄養相談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)