

# 紹介患者依頼票 (栄養指導依頼箋)

平成 年 月 日

(紹介先)

(紹介元)

医療機関名

蒲郡市民病院 \_\_\_\_\_ 科

担当医  担当医 \_\_\_\_\_ 先生 希望

医師名

担当医は病院の診療体制にゆだねる

電話番号

診療希望日  年 月 日 希望

FAX番号

診療日は病院の診療体制にゆだねる

紹介目的  栄養指導  糖尿病調理教室

受診歴  無  有 (受診科: \_\_\_\_\_, 年 月頃, ID番号(診察券番号): \_\_\_\_\_)  不明

フリガナ	_____	男	現住所	_____
氏名 (旧姓)	(_____)	女		
生年月日	明・大・昭・平 _____年 月 日 (歳)		電話番号	_____
保険者番号	_____	公費負担者番号	_____	
記号	_____	受給者番号	_____	
番号	_____	公費種別	前期 特疾 子ども 障害者 母子 その他	
被保険者氏名	_____	本人・家族	後期・前期高齢受給者の負担割合	割

## 診療情報提供書

目的・既往歴・処方など

その他特記事項

## 栄養指導依頼箋

患者基本情報	身長 _____ cm 現体重 _____ kg
栄養指導依頼疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/>
指示エネルギー量	<input type="checkbox"/> 1,200kcal <input type="checkbox"/> 1,400kcal <input type="checkbox"/> 1,600kcal <input type="checkbox"/> 1,800kcal <input type="checkbox"/> 2,000kcal <input type="checkbox"/> その他 (_____)
その他指示	<input type="checkbox"/> たん白量 (_____) <input type="checkbox"/> 塩分量 (_____) <input type="checkbox"/> 制限 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
検査結果 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (添付・患者持参)	・ 血糖 _____ mg/dl (空腹時・食後 _____ 時間後) ・ HbA1c _____ % ・ _____

蒲郡市民病院地域医療連携室 (TEL:0533-66-2307 FAX:0533-66-2308)

診療情報提供書(依頼事項等) 続紙

主訴又は診断:  
依頼目的等:

(患者氏名 \_\_\_\_\_ )