

紹介患者依頼票 (栄養指導依頼箋)

令和 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・令 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 _____ % ・