□スキャナ区分③-ｘ

衣笠病院　訪問栄養食事指導申込書（診療情報提供書）

衣笠病院　地域連携課宛　電話：046-852-2693　FAX：046-852-2695

申し込み日　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈患者様情報〉

フリガナ 患者氏名		生年月日	M ・ T ・ S ・ H 年　　月　　日
性別	男 ・ 女		
身長	cm	体重	kg（増加 ・ 安定 ・ 減少）
住所			
電話番号			
特別食 内容	□低栄養改善食　□嚥下困難のための流動食　□減塩食　□糖尿食 □腎臓食　□肝臓食　□潰瘍食　□低残渣食　□脂質異常症食　□鉄欠乏性貧血食 □高度肥満食　□痛風食　□膵臓食　□その他（　　）		
診断名			
主な治療薬	＊処方箋添付で構いません		

〈栄養管理指示〉＊必要な項目のみの記載でかまいません

エネルギー	Kcal	留意事項	
たんぱく質	g		
脂質	g		
塩分	g		
その他			

－－－