

# 衣笠病院 栄養指導申込書（診療情報提供書）

申込日 年 月 日

衣笠病院 地域連携室宛

電話 046 (852) 2693

F A X 046 (852) 2695

医療機関名

医師氏名 \_\_\_\_\_

住所

電話

## 患者様情報

フリガナ

生年月日 年 月 日

氏名

性別 男 ・ 女 身長 c m 体重 k g

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) -

病名

## 栄養指導項目

《 病名 》

- |                                |                               |                                         |                                 |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症          | <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病   | <input type="checkbox"/> 腎臓病  | <input type="checkbox"/> 肝臓病            | <input type="checkbox"/> 膵臓病    |
| <input type="checkbox"/> がん    | <input type="checkbox"/> 低栄養  | <input type="checkbox"/> 摂食機能または嚥下機能の低下 |                                 |

《 指示事項 》

エネルギー \_\_\_\_\_ kcal

たんぱく質 \_\_\_\_\_ g

脂質 \_\_\_\_\_ g

塩分 \_\_\_\_\_ g

その他 \_\_\_\_\_

《 主な治療薬 》

※ 処方箋添付で構いません

《血液検査データ》

※ 検査結果の添付をお願いします

《医師からのコメント》

# 衣笠病院 栄養相談予約票

相談受付日

年            月            日

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様

ご予約日時 \_\_\_\_\_ 年    月    日    (    )    時    分

1階 ⑤番 地域連携窓口にお声を掛けて下さい。  
スタッフが栄養相談室まで御案内します。

【 持参品 】 保険証、お薬手帳、筆記用具、予約票（こちらの用紙です）

【 食事調査 】 相談予約日付近の食事内容を2日分記載してください。  
イベントなど特別な日は避け、通常の食事内容の日を選択してください。  
栄養相談については、普段調理をされている方の同席が望ましいです。

1日目		
食事時間	食事内容	量
朝食 :	例) ごはん	2杯
昼食 :		
夕食 :		
その他 :		

2日目		
食事時間	食事内容	量
朝食 :		
昼食 :		
夕食 :		
その他 :		

\* 万一ご都合が悪く来院できない場合は、電話 046-852-1182 衣笠病院  
地域連携課にご連絡ください。