

依頼日： 年 月 日

## FAX栄養食事指導申込書

独立行政法人国立病院機構千葉東病院	
地域医療連携室 行	受付時間: 平日 8:30 ~ 17:00
FAX 043 - 264 - 3356	TEL 043 - 264 - 3116

### 患者さま情報

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	電話番号 (連絡が必ず つく番号)
					( )
千葉東病院 受診歴		有	無		

### 貴院さま情報

医療機関名	電話番号	( )
医師名	FAX	( )

指導対象病名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ Kg

依頼指導内容

1. 指導内容詳細(当院医師にすべてお任せいただく際には記載は不要です。)

エネルギー \_\_\_\_\_ Kcal      蛋白質 \_\_\_\_\_ g      塩分 \_\_\_\_\_ g

カリウム制限 ( 有 ・ 無 )

2. 下記の指導内容でご希望がありましたら をつけて下さい。、それ以外にごございましたらその他にご記入下さい。

塩分制限 ・ 尿酸 ・ 体重コントロール ・ 食事内容チェック ・ 外食の取り方について

その他 \_\_\_\_\_

3. 継続して栄養食事指導が必要な場合、栄養指導を( 希望する ・ 希望しない )

### 指導希望日

第1希望日	平成	年	月	日( )	午前・午後	時	分
第2希望日	平成	年	月	日( )	午前・午後	時	分
第3希望日	平成	年	月	日( )	午前・午後	時	分

検査成績(測定されているデータのみで結構です。  
またデータを添付いただき送信していただいても構いません。)

血糖	_____ mg / dl(空腹時、食後)	HbA1c	_____ %
Tcho	_____ mg / dl	HDL-cho	_____ mg / dl
TG	_____ mg / dl	LDL-cho	_____ mg / dl
BUN	_____ mg / dl	TP	_____ g / dl
K	_____ mEq / l	ALB	_____ mg / dl
		尿酸	_____ mg / dl
		Cre	_____ mg / dl

### 予約申込の流れ

予約申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXにて当院連携室宛お送りください。  
(誤送信等防止のため、お手数ですが確認のお電話をお願い致します。)

FAX受領後、ご予約日時が確定しましたら「予約案内書」を貴院宛FAX致しますので、患者さまにお渡しください。

当院へは「予約通知書」「栄養食事指導予約表」「保険証」「診療情報提供書」「検査結果の推移が分かる資料」「各種公費受給者証(該当患者さまのみ)」を持参してお越しください。