香取おみがわ医療センターで栄養指導を予約された方へ

【患者さん用】

　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）

　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

１ 予約日時

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日） 午後　　　　 時　　　　 分※ 予約時間の30分前に香取おみがわ医療センターへお越しください。 |

２ 当日お持ちいただくもの

①マイナンバーカード（保険証） ②当医療センター診察券（お持ちの方） ③直近の検査データ　④おくすり手帳又は処方内容のわかるもの　⑤連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書 ⑥本票（香取おみがわ医療センターで栄養指導を予約された方へ）

３ 当日の流れ

(1) 当日は予約時間の30分前にお越しになり、総合受付で受付をしてください。

〇初めて受診される方（当医療センター診察券をお持ちでない方）

総合受付の『初めての方の診療申込書』へ氏名等必要事項を記入し、マイナンバーカード（保険証）と一緒に初診受付窓口へ提出してください。

〇再診の方（当医療センター診察券をお持ちの方）

自動再来機で受付をしてください。

(2) 受付が終了したら、内科受付（Ａ３ブロック）にお持ちいただいた③④⑤⑥を提出してください。

－・－・－・－・－・－・－・－・－ 連携栄養指導問診票 －・－・－・－・－・－・－・－・－

１　次の症状はありますか？　当てはまるものに☑してください。

□口渇　　□多飲　　□多尿　　□手足しびれ　　□体重減少　　□視力低下

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　糖尿病は、いつから患っていますか？

　　　　　　　　歳ころから

３　嗜好品について教えてください。 当てはまるものに☑してください。

お酒　□飲まない

　　　□飲む　　□時々

□毎日（□ビール　□焼酎　□日本酒　□ワイン　□ウイスキー）

たばこ　□吸わない

　　　　□吸う　　１日　　　本

□以前吸っていた

４　インシュリンを使用されたことがありますか？ 当てはまるものに☑してください。

□なし

□あり　 インシュリン名

 朝　　　 単位 ・ 昼　　　 単位 ・ 夕　　　 単位 ・ 寝る前　　　 単位

５　家族で次の病気にかかった方は、いますか？ 当てはまるものに☑してください。

糖尿病　　□なし　　□あり

がん　　　□なし　　□あり

高血圧　　□なし　　□あり

－・－・－・－・－・－・－・－ ご協力ありがとうございました －・－・－・－・－・－・－