【患者さん用】

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

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 －・－・－・－・－・－・－