連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書

【依頼元医療機関用】

令和　　　年　　　月　　　日

香取おみがわ医療センター連携栄養指導担当医　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個別栄養指導日程毎週月曜日・木曜日①午後２時30分～３時10分②午後３時00分～３時40分※診察及び栄養指導の時間40分程度 |  | （依頼元医療機関）所在地医療機関名電話番号医師氏名　　　　　　　 　　　　　　　　　㊞ |

１ 予約日時　〇 電話にて栄養指導の日程調整をお願いします。

予約：臨床栄養科　電話番号0478-82-3161（内線3600 or 4065）

〇 日程調整後、太枠の中を記入の上、ＦＡＸを送信してください。

送信先：地域医療支援室　ＦＡＸ番号0478-83-7044

|  |
| --- |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　曜日） 午後　　　　 時　　　　 分 |

２ 患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  | 男・女 | （　　　　歳） |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 香取おみがわ医療センター受診歴　　　　 有（診察券番号　　　　　　　　　　　　　　） ・ 無　・　 不明 |
| 病　名主症状 | 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 慢性腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 貧血その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）身長　　　　　　cm　　体重　　　　　　kg　　血圧　　　　　／ |
| その他留意事項・検査値等 |

３ 指示栄養量　指示量を記入してください。（特に指示のない場合は、未記入で結構です。）

|  |
| --- |
| エネルギー（kcal）：1200 ・ 1400 ・ 1600 ・ 1800 ・ 2000 ・その他（ 　　　　）その他（塩分制限など）： |

４ 受診患者さんへの留意事項

〇 栄養指導時は、香取おみがわ医療センター内科医師による診察があります。

〇 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本票（連携栄養指導申込書 兼 診療情報提供書） ⑥別紙「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」

５ 問合せ先

香取おみがわ医療センター 地域医療支援室　電話番号0478-82-3161（内線1110）

月曜日～金曜日（祝日を除く）午前８時30分から午後５時まで