

新潟万代病院 外来栄養指導依頼・指示・予約申込票

新潟万代病院 地域医療部 医療連携室 専用 TEL 025-244-4701 **FAX 025-244-4702**

FAX予約受付時間は月～金 8:30～16:30となります。(祝祭日、特定休診日を除く) 左記時間以外は翌営業日にお返事いたします。

ご依頼元	医療機関名			
	医師名	ご連絡担当者	様	
	電話	F A X		

臨港病院・万代(旧逋信)病院 受診歴

あり なし 不明

診察券の番号が分かれば記入ください 診察券番号 _____

予約のご希望 (希望日は5日後以降の日付でお願いいたします。)

予約希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

自由記載欄 (_____)

注) 必要書類を患者様宅へご郵送する関係上、下記患者様情報を必ずご記載ください。

ご紹介いただく患者様	フリガナ				年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	様						才
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日生			
	住所	〒 _____ 区			電話番号(_____)	_____		

患者様は以下記載の通り、外来栄養指導を新潟万代病院で受ける事に 同意しています(□に✓)

①から②で該当する項目の に✓を記載ください。指示量等の記載もお願いいたします。

① 指導疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症第2期 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症第3期 A <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症第3期 B <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症第4期 <input type="checkbox"/> 境界型糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肥満症 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 慢性膵炎 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 急性膵炎 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	② 指示内容項目	<input type="checkbox"/> 熱量 _____ kcal <input type="checkbox"/> 水分制限 _____ ml <input type="checkbox"/> 蛋白質 _____ g <input type="checkbox"/> 塩分 _____ g未満 <input type="checkbox"/> 鉄分 _____ g以下 <input type="checkbox"/> 炭水化物 _____ g <input type="checkbox"/> 脂質量 _____ g <input type="checkbox"/> カリウム制限 <input type="checkbox"/> リン制限 <input type="checkbox"/> P/S比 _____ g <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
③ データ		身長	cm	体重	kg	標準体重	kg
④ 継続指示	<input type="checkbox"/> 継続不要(1回のみ) <input type="checkbox"/> 継続(_____ 回 / _____ 月)						

注1) ①については、指導にあたっての疾患名に✓又は、その他欄に記載ください。

注2) ②については、指示内容に✓をいれ量の記載欄に量を記載ください。

注3) ③については、紹介患者様の直近のデータを記載ください。添付していただく検査データ等に記載がある場合は未記入で結構です。

注3) ④については、1回のみ希望か、継続か✓を記載ください。又、継続の場合何か月で何回を希望か記載ください。

【重要】ご依頼時、直近の検査データ等の写しを一緒にFAX願います。

*ご紹介いただく患者様に来院時必ず保険証と糖尿病手帳等お持ちの手帳を持参いただき、新患受付窓口へお越しいただくようお願いいたします。

病院処理欄 受付 : _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ⇒ 回答 : _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 担当者 _____