

送信先	JCHO玉造病院 地域医療連携室
	電話番号： 0852-62-1591
	FAX番号： 0852-62-1579

作成日： 年 月 日

JCHO玉造病院 外来栄養食事指導依頼書 兼 診療情報提供書

医療機関名：	住所：
医師名：	電話番号：
	FAX番号：

依頼目的	<input type="checkbox"/> 初回指導	<input type="checkbox"/> 継続指導
------	-------------------------------	-------------------------------

フリガナ 患者氏名：	生年月日： 大・昭 平・令 年 月 日
	年齢： 性別： 男・女

患者住所：	連絡先：
	職業：

指導指示病名：	指示エネルギー量： _____ kcal
---------	-------------------------

制限等指示：（塩分・カリウム制限等）	指示たんぱく質量： _____ g
--------------------	----------------------

身長： _____ cm	体重： _____ kg	BMI： _____ kg/m ²
食生活について注意点	アルコール制限 <input type="checkbox"/> あり： _____ ml <input type="checkbox"/> なし	禁止・禁忌食品

既往歴：	処方情報： <input type="checkbox"/> 資料添付あり
------	---------------------------------------

病気・治療の説明と患者の受け止め方：	家族構成と支援体制： 食事担当者：続柄
--------------------	----------------------------

指導希望日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 ※ご希望に沿えない場合があります。あらかじめご了承ください。
--

**検査データについては、
添付をお願いします。**