

直通FAX番号 (0138) 52-8070

栄養指導依頼票 (兼情報提供書)

年 月 日

函館赤十字病院
地域連携室アンリー 宛
〒040-8631
函館市堀川町6番21号
Tel (0138) 35-5511

医療機関名	
科・医師名	科
Tel	
Fax	

フリガナ		生年月日	
患者氏名		明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
希望日時	月 日 () 曜日	時 分	性別 男・女
栄養指導 関連病名		身長 cm	体重 kg
指導項目	<input type="checkbox"/> 糖尿病・肥満食 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧・心臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 肝臓・胆疾患 <input type="checkbox"/> 膵臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃切後食 <input type="checkbox"/> その他 ()		
指示内容	熱量 _____ kcal 蛋白質 _____ g 脂肪 _____ g 塩分 _____ g その他 _____		

●検査値 必要検査項目を下記に記入または別紙検査データを添付願います。

空腹時血糖	mg/dl	中性脂肪	mg/dl		
HbA1C	%	BUN	mg/dl		
LDL-C	mg/dl	カリウム	mg/dl		
HDL-C	mg/dl	クレアチニン	mg/dl		

●その他栄養指導に関連する情報がありましたら記入願います

[]

手続き完了次第、ご連絡いたします。(返信のない場合はお手数ですがご連絡ください)
受付時間外については、翌日以降の返答となりますので御了承ください。
至急のご依頼はお電話でご連絡ください。