

診療情報提供書(栄養指導用)

ご記入日 年 月 日

<紹介先医療機関> 医療法人 康仁会 西の京病院 担当医宛て

患者様情報		紹介元医療機関	
フリガナ			
氏名	(男・女)		
生年月日	大・昭・平	年	月 日
連絡先			
当院受診歴	なし・あり (ID)		
身体計測	身長	cm / 体重	kg
		診療科	
		紹介医師	

病歴・臨床経過等

栄養指導依頼内容	(可能な範囲でのご記入をお願いします)					
栄養指導病名						
指示栄養量	熱量(kcal)	蛋白質(g)	脂質(g)	炭水化物(g)	塩分(g)	その他()
その他の指示	※飲酒量や間食の摂取方法等、自由に記載してください。					

※ 栄養指導に必要な血液データや他の検査データについては、最新のデータを添付してください。特記事項は上記の病歴欄へご記入ください。
診療情報提供書、血液検査データ等については可能であれば事前のFAXをお願いします。

FAX送信先	0742-35-2106 (患者支援センター)
予約連絡先	0742-35-2219 (患者支援センター)
予約受付時間	平日:8:30~17:00 土曜日:8:30~12:30

医療法人 康仁会 西の京病院