診 療 情 報 提 供 書（外来栄養指導依頼票）

FAX送信用

紹介先：済生会松阪総合病院　医療連携室　宛　　年　　月　　日

【紹介元医療機関情報】

医療機関名	
担当医師名	印

【患者情報】

フリガナ		(当院ID)	年齢	
氏名	様 （ 男 ・ 女 ）		生年月日	
住所	〒			
電話番号	(携帯)		(自宅)	
身体状況	身長：　　cm		体重：　　kg	

嗜好歴	喫煙	本/日 （　歳 ～ 歳）	飲酒	☐ あり ☐ なし ☐ 機会飲酒	運動習慣	☐ あり ☐ 時々 ☐ なし 内容（　）

【栄養食事指導指示内容】

疾患名	☐ 糖尿病	☐ 脂質異常症	☐ 腎臓病
	☐ 心疾患	☐ 高血圧	☐ 肥満症 ＊肥満症のみの場合、BMI30.0以上
	☐ 妊娠糖尿病	☐ 妊娠高血圧	☐ その他（　）
栄養量の指示	☐ 病態に見合った栄養量を管理栄養士が算出する		
	もしくは		
	☐ エネルギー量：　　kcal		
	☐ たんぱく質：　　g	☐ 脂質：　　g	
	☐ 食塩相当量：　　g	☐ 水分：　　mL	
	☐ その他（　）		
特記事項			

・お電話にて予約のお問い合わせをお願いいたします。その後、医療連携室まで本用紙をご送信ください。
（予約変更やキャンセルの場合もお電話をお願いいたします。）

また、直近の検査データ・処方内容につきましても、事前FAXにて合わせてご送信ください。

済生会松阪総合病院　医療連携室　TEL 0598-51-2626（内線592）　FAX：0598-51-2658