

栄養指導予約申込書（FAX送信票）

国立病院機構 東近江総合医療センター 地域医療連携室宛
（FAX 0748-22-5626 / TEL 0748-22-3111）

申込医療機関名
医 師 名
T E L
F A X

年 月 日

患者様事項 （氏名には必ずフリガナをお付け下さい。）				
フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女	
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年 月 日生（	歳）	
住 所	〒（ - ）			
T E L	（ ） -			
ご希望日（月・水・木・金のみ） ※曜日のみのご希望でも結構です。				
無 ・ 有 ⇒ 第1希望（ 月 日 / 曜日） 第2希望（ 月 日 / 曜日）				
病名・合併症	特に食事と関係する内容であれば、記載して下さい。			
食事指示内容	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧症食 <input type="checkbox"/> 高脂血症食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食 <input type="checkbox"/> 消化管術後食 <input type="checkbox"/> 脾臓病食 <input type="checkbox"/> 肥満症食 <input type="checkbox"/> その他			
その他の指示・連絡事項				
栄養指示量等 ^{※2}	エネルギー kcal	蛋白質 g	脂 質 g	糖 質 塩 分 g g
データ ^{※2}	身長 _____ cm 体重 _____ kg 理想体重 _____ kg BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg T-CHO _____ mg/dl TG _____ mg/dl LDL-CHO _____ mg/dl HDL-CHO _____ mg/dl Glu(空腹時/随時) _____ mg/dl HbA1c _____ % TP _____ g/dl Alb _____ g/dl GOT _____ IU/L GPT _____ IU/L γ-GTP _____ mg/dl BUN _____ mg/dl Cre _____ mg/dl Hb _____ g/dl			

※1 FAXでの受け付けは、平日8:30～17:00までです。時間外の申し込みにつきましては、大変恐縮ですが翌診療日の返信となりますのでご了承願います。

※2 「栄養指示量等」、「データ」は必要な項目のみご記入いただければ結構です。