

作成日 年 月 日

横浜新緑総合病院 担当医 宛

診療情報提供書(外来栄養指導用)

紹介元医療機関

名 称

住 所

電話番号

医師氏名

予約日時

月 日(土)

9:00

ふりがな				性別	男・女
氏名					
生年 月日	明・大・昭・平成 年 月 日生(歳)	電話			
住所					
診断名	糖尿病・脂質異常症・高血圧・慢性腎臓病・高尿酸血症 他()				
紹介目的	栄養指導				
既往歴・家族歴・治療経過など					
●身長 cm ●体重 kg					
現在の処方					

【指示栄養量】可能な範囲での記載をお願いします

エネルギー(kcal)	1200・1400・1600・1800・他()
塩 分 (g)	: 6・他()
蛋 白 質 (g)	: 30・40・50・60・他()
そ の 他 :	

①電話にて予約をお願いします ⇒ 045-984-6216

②予約日決定後に本票のFAXをお願いします ⇒ 045-984-6271